ХЕЛЕН СИНГЕР
КАПЛАН

СЕКСУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО

БИБЛИОТЕКА
ПРАКТИЧЕСКОЙ

Хелен Сингер Каплан

Сексуальная терапия

Хелен Сингер Каплан

На книжном рынке полно литературы «про это», а такой еще не было. Во-первых, книга написана профессионалом, в чьей практике сотни случаев успешной помощи страдающим от сексуальных расстройств. Можно сказать по-другому: написана умной и тактичной женщиной-врачом, серьезно и с пониманием относящейся к людям, у которых не получается заниматься любовью так, как им хотелось бы. Это вполне научная, медицинская литература, но — «с человеческим лицом», что тоже ново и радует. Во — вторых, это книга для профессионалов (врачей и психологов), но не только: она может быть полезна всем, у кого есть сексуальные проблемы, и даже тем, у кого их нет — здравым и взрослым отношением к предмету, как минимум. Но даже в профессиональном пользовании — это, скорее, руководство типа «помоги себе сам». Автор полагает, что лучшее место для лечения сексуальных расстройств — не кабинет врача, а постель. А лучший лекарь — толковый партнер, получивший инструкции от секс - терапевта, или, в крайнем случае, изучивший «Руководство». Иллюстрации весьма откровенны, но при этом полны изящества и симпатии к человеческому телу — как мужскому, так и женскому.

Хелен Сингер Каплан доктор медицины и психологии, профессор психиатрии Медицинского Центра при Корнуэльском Госпитале, штат Нью-Йорк, основатель и директор Программы по изучению сексуальных проблем.

Она — автор множества книг, издатель журнала «Секс и семейная терпия». Неоднократно выступала с лекциями по всему миру и опубликовала много статей в профессиональных журналах. Доктор Каплан возглавляет Группу по диагностике и лечению сексуальных расстройств в Нью-Йорке, является одним из издателей журнала «Redbook».

«Цель этой книги — описать эротические техники, обычно применяемые в сексуальной терапии, и объяснить механизм их воздействия. Кроме того, я описываю обычные реакции людей, которым предложили такого рода упражнения — часто эти реакции довольно эмоциональны и сами по себе помогают понять, в чем состоит проблема.

Говоря это, я имею в виду реакции обоих партнеров, потому что нет ничего важнее, чем непритворная готовность пары изменить стереотип своего сексуального общения и, не таясь, обсудить то, что происходит за закрытой дверью их спальни.

Когда сексуальные трудности одного из партнеров становятся скрытым козырем в их запутанных и не вполне искренних отношениях, это существенно ухудшает прогноз: чтобы заниматься любовью, нужны двое.

Там, где есть взаимное доверие и привязанность, работа секс-терапевта обычно приносит обнадеживающий результат, который такая пара с радостью развивает самостоятельно.

Я надеюсь, что рисунки не только проиллюстрируют некоторые позиции, но и передадут ощущение красоты и человечности секса, абсолютно необходимое для успешной секс-терапии.»

Введение ко второму американскому изданию

Терапевтические методы, которые были описаны в первом издании этого руководства, вышедшего 12 лет назад, воспринимались тогда как совершенно новые идеи. Сейчас эти методы широко используются, а основные положения интегральной секс-терапии признаны эффективными большинством клиницистов и исследователей, занятых в данной области. Основные положения концепции, предложенной в 1979 году, сохранились в неизменном виде, однако с того времени было проведено множество научных исследований и накоплен широкий клинический опыт, что в целом значительно дополнило первоначальную концепцию. Изменения связаны с важными преобразованиями, которые произошли за последнее время в культурной жизни человеческого сообщества. Речь, в частности, идет о том, что мы стали меньше стыдиться собственных проявлений эротики, уделяем внимание сексуальным удовольствиям в большей степени, чем до «сексуальной революции», больше людей обращается за помощью при наличии у них сексуальных проблем. Но секс стал гораздо более опасным по причине чудовищного за последнее время распространения СПИДа.

Факт передачи СПИДа половым путем обусловил важность разработки терапевтических методов безопасного секса для таких пациентов с сексуальными расстройствами, у которых нет постоянных партнеров. Все большее распространение получает моногамия и все большее число супружеских пар среднего возраста хотят улучшить свою неудовлетворительную половую жизнь вместо того, чтобы рисковать занятием сексом «на стороне».

Изменяется и состав пациентов, что связано с общим увеличением продолжительности жизни и, в результате, все большее число раскрепощенных в вопросах секса пожилых людей нуждаются в службах сексуального здоровья, к тому же многие из них страдают органически обусловленными сексуальными нарушениями.

Отмеченные социальные факторы, а также ряд важных новых представлений в понимании сексуальной психопатологии, наряду с внушительными достижениями в области сексуальной медицины, — все это оказало значительное влияние на теорию и практику сексуальной терапии со времени выхода в свет первого издания данного руководства. Ниже предлагается краткий обзор исследований, проведенных за указанное время. Целью этого обзора является рассмотрение методов лечения с точки зрения их перспективы на ближайшее будущее.

Трехфазная модель сексуальных расстройств

В основу первого «Иллюстрированного руководства по сексуальной терапии» была положена двухфазная модель сексуальных реакций человека при анализе и лечении сексологических расстройств. В то время данная модель позволила отойти от бытовавших монистских представлений о сексуальности и разделить сексуальные расстройства на два класса: расстройства, связанные с нарушением фазы возбуждения, такие как импотенция и подавленное женское возбуждение, а также нарушения, связанные с фазой оргазма, такие как преждевременная эякуляция, замедленная эякуляция у мужчин и подавленный женский оргазм. Такое разделение оказалось крайне полезным и позволило разработать специфические методы лечения каждого из отмеченных синдромов (см.: главы 5 -10

настоящего руководства).

С тех пор результаты применения сексуальной терапии стали настолько обнадеживающими, что это позволило перейти к тщательному анализу тех случаев, в которых ранее не удавалось добиться успеха. Когда мы стали проводить такой анализ, то пришли к выводу о том, что причиной наших неудач стала ошибочная диагностика и, соответственно, неадекватное лечение ряда случаев импотенции, преждевременной эякуляции и/или аноргазмии. Тогда мы еще не осознавали, что расстройства генитальной фазы в отмеченных случаях были явными вторичными проявлениями, симптомами основной проблемы, связанной с отсутствием сексуального влечения, проблемы, которая к тому времени еще не была признана как объективно существующая клиническая реальность. Эти наблюдения привели к формированию концепции трехфазной сексуальной реакции человека и к разработке специальных, более эффективных терапевтических подходов к фазе расстройств, связанных с нарушением полового влечения (Kaplan, 1979).

Таким образом, стало очевидным, что цикл сексуальных реакций человека состоит из трех фаз: оргазм, возбуждение и влечение. Сексуальное влечение функционально связано с возбуждением и оргазмом, но оно имеет свои нейрофизиологические и анатомические особенности. Следовательно, либидо может быть нарушено само по себе, тогда как генитальные фазы могут сохраняться в норме.

Нейрофизиологи обнаружили, что ощущение сексуального влечения у мужчин и женщин связано с активизацией специфических нейроцентров и связей мозга. Для нормального функционирования этого регулирующего механизма сексуальной стимуляции в ЦНС, среди прочих факторов, требуется согласованная работа нейротрансмиттеров и адекватный уровень тестостерона.

Известно также, что интерес человека к сексу может быть ослаблен при определенных болезненных состояниях и в случае фармакологических интоксикаций. В этиологии сексуальных расстройств роль психогенных факторов не менее значима, чем воздействие факторов биологического субстрата. Нельзя также занижать роль супружеских взаимоотношений, которые могут усилиливать или, набо-Рот, ослаблять эротические чувства мужа или жены.

Идея подавленных сексуальных влечений как клиническая реальность, полу-

чила широкую поддержку, что выразилось в признании трехфазной концепции в качестве теоретической базы для новой классификации сексуальных расстройств в DSM-IH(«Диагностический и статистический реестр психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации, 1980 г. См. список литературы в конце раздела).

Несколько позднее, в 1986 году, расстройства сексуального влечения были разделены на две отдельные группы в реестре **DSM-III-R:** гипоактивные сексуальные влечения (02.71) и расстройства по типу сексуального избегания (02.79). Гипоактивные сексуальные влечения характеризуются «спокойным» сексуальным воздержанием (у человека просто отсутствует интерес к половой активности), тогда как характерным клиническим проявлением расстройств по типу сексуального избегания является паническое бегство от секса или активное к нему отвращение (American Psychiatric Association, 1980,1987). Мы пришли к выводу, что в клинической картине пациентов с синдромом сексуального избегания очень часто присутствуют неврозы тревоги и в настоящее время при лечении пациентов этой группы мы применяем медикаментозное лечение (показаны антидепрессанты) в сочетании с секс-терапией (Kaplan, 1987).

Интегральный подход

За последние 10 лет теоретические основы интегральной **секс-терапии** получили твердое обоснование и разностороннее практическое подтверждение: за это время было обследовано и излечено большое количество **супружеских** пар с различными формами сексуальных расстройств. В основу этого обследования и лечения была положена трехфазная модель секс-терапии **(Kaplan,** 1979). Основополагающим принципом подхода является положение о том, что симптомы психосексуальных нарушений есть неизменный результат непосредственно действующих деструктивных ментальных и эмоциональных процессов и проявлений психологической защиты. Эти «непосредственные» причины «находят выход» в многочисленных и комплексных факторах стресса, как органического, так и психогенного характера, что отрицательно сказывается на половых рефлексах и/ или эротических переживаниях. В соответствии с этой многофакторной моделью, неосознанные сексуальные конфликты, негативные «сообщения» о сексе, неврозы, корни которых находятся еще в раннем психосексуальном развитии пациента, образуют глубинную этиологическую стуктуру в сексологической симптоматике супружеской пары.

Наш опыт говорит о том, что сексуальное состояние пациента может улучшиться только при коррекции так называемых «непосредственных», поверхностных причин расстройства. Таким образом, мы исходим из того, что до тех пор, пока нам не удается изменить постоянно действующие стрессогенные факторы, пациенты сохранят ущербность, даже если они получат четкое представление о своих глубинных конфликтах и ощущении вины, связанном с сексуальным удовольствием.

Нами выдвинуто предположение, основанное на детальном наблюдении за более чем 2000 пациентов. Оно заключается в том, что различные «поверхностные» причины особым образом связаны с разного рода сексуальными синдромами. Так, к примеру, беспокойство по поводу «изъянов» своих сексуальных действий (особенно часто усиливающееся под давлением партнера) нередко становится непосредственной причиной импотенции. Это происходит хотя бы уже оттого, что мужчина физиологически не в состоянии поддержать эрекцию в то время, когда страх «заполняет» его тело норадреналином.

С другой стороны, механизм, позволяющий добиться произвольного контроля за преждевременным семяизвержением, является иным по природе и связан с неадекватной оценкой переживаемых половых ощущений.

В случаях подавленного женского оргазма или замедленной эякуляции у мужчин специфичной «непосредственной» причиной может стать навязчивое самонаблюдение, которое мешает человеку переживать удовольствие и нарушает его (ее) рефлекторный отклик на половое возбуждение. В результате на реакцию оргазма «налагается запрет».

Привычка пациента создавать негативные внутренние образы в преддверии возможного сексуального контакта приводит к торможению супратенторных не-йроструктур. Эта привычка и подавление вспомогательных сексуальных фантазий составляют текущие патогенные механизмы, которые часто ассоциируются с подавленным сексуальным влечением. Обусловленные теми же факторами непроизвольные спазматические, рефлекторные сокращения мускулатуры влагалища являются непосредственной и специфичной причиной вагинизма.

Цель секс-терапии в ее поведенческом аспекте (а именно в форме сексуальных упражнений, описанных в данной книге) как раз и заключается в изменении

«непосредственных» причин, вызывающих соответствующие симптомы у сексуальных партнеров. Каждый синдром требует подбора определенной поведенческой программы, а следовательно, и определенных эротических «домашних заданий», которые предписываются для лечения различных расстройств (см. главы 5-10).

Во многих случаях эти указанные поверхностные (не посредственно действующие) факторы связаны с более глубокими проблемами человеческих взаимоотношений, сексуальными неврозами детства и культурно обусловленным чувством вины, связанным с сексуальным удовольствием. Существует специфическая связь между этиологией («непосредственные» причины) и симптоматикой сексуальных расстройств, однако мы не обнаруживаем специфических связей между различными симптомами сексуального расстройства и его психодинамикой в каждом конкретном случае.

Если у супружеской пары имеются скрытые конфликты и проблемы во взаимоотношениях, то нередко можно наблюдать сопротивление сексотерапевтичес-кому вмешательству со стороны этих супругов. Они могут противодействовать Улучшению своего сексуального поведения, особенно если в процессе лечения обнаруживаются преграды в форме сексуальных конфликтов. Нередко сам пациент саботирует лечение, так как он или она предвидит нормализацию сексуальной сферы своего партнера и рассматривают такую нормализацию как личную угрозу.

Успех секс-терапии зависит от деонтологических факторов: от умения и гибкости терапевта, которые так необходимы ему, чтобы справиться с тревогой пациентов и их сопротивлением. Нами используются сеансы активной динамической терапии, направленные на то, чтобы ослабить сопротивление пациентов в процессе улучшения их сексуального состояния (Kaplan, 1979; 1987).

По мере возрастания потребности в службе сексуального здоровья секс-терапевтам приходится сталкиваться со все более сложными и, казалось бы, не поддающимися лечению случаями. Вот почему особую значимость приобретают вопросы динамики сексотерапевтического процесса.

Новая медицина секса

Сексуальная медицина за последние 10 лет добилась внушительного прогресса в своем развитии. Сейчас мы имеем более совершенные представления о физиологических аспектах сексуальных проблем. Были разработаны новые эффективные способы медикаментозного и хирургическкго лечения ряда органических сексуальных расстройств.

Новые, более качественные способы диагностики позволяют обнаруживать тончайшие и ранее нераспознаваемые медициной сексуальные нарушения. В результате был получен вывод о том, что органически обусловленные (частично или полностью) сексуальные расстройства являются гораздо более распространенными, чем было принято считать раньше. Это особо касается пожилых людей.

В настоящее время эти новые диагностические методы стали обыденными и традиционными в клинической практике. Они используются для обследования пациентов с симптомами сексуальных расстройств при скрытых формах заболеваний, при оценке побочных воздействий традиционно рекомендуемых лекарственных средств, то есть тех воздействий, которые, как правило, не поддаются выявлению при обычном медицинском, неврологическом и гинекологическом обследовании, проводимом до начала сексуальной

терапии (Kaplan, 1983).

Контроль нормального давления и температуры (НДТ) с помощью портативного «домашнего» устройства используется в тех случаях, когда предварительный анамнез не позволяет, к примеру, установить, носит ли импотенция ситуативный, психогенный характер или нет. НДТ-монитор также используется нами для получения объективных показаний о воздействии принимаемых пациентом лекарственных препаратов на его эрекционный рефлекс. С этой целью проводится сравнение эрекционных состояний полового члена во время сна (регистрируется при приеме препаратов) с картиной эрекционной динамики, полученной без приема пациентом определенного лекарства. Допплерограммы, тест на папаверин и кавернозограммы используются для устранения скрытых проблем, связанных с особенностями кровообращения в генитальной области у мужчин. (Проблемы, связанные с патогенными факторами такого рода, являются, пожалуй, наиболее распространенными у мужчин пожилого возраста.)

Нами также проводятся обследования пациентов, страдающих импотенцией, как мужчин пожилого возраста, так и постклимактерических женщин, утративших сексуальное влечение. Такие обследования, проводимые с помощью обычного набора тестов крови, осуществляются с целью выявления и лечения дремлющих питуитарных опухолей, недостаточности тестостерона, предклинических состояний диабета, определенных нарушений в деятельности печени и, конечно, с целью выявления ряда скрытых и менее распространенных форм заболеваний, которые, как стало известно за последнее время, имеют косвенное воздействие на ряд сексуальных расстройств (Kaplan, 1983).

За последнее время было получено большое количество информации о процессах старения мужчин и женщин. Эти данные используются для удовлетворения запросов тех пациентов, которые могли бы сохранить свою сексуальную активность, но у которых появляются проблемы, связанные со старением и другими физическими и соматогенными факторами. Методы сексуальной реабилитации, разработанные для этой категории пациентов, включают некоторые из современных способов медикаментозного лечения в сочетании с рекомендациями и приемами психодинамической секс-терапии. К современным методам, облегчающим, насколько это возможно, физическое состояние пациентов, можно также отнести замену гормонов, хирургическую коррекцию импотенции, диету, жесткий контроль диабета, методы ослабления побочных воздействий лекарственных средств, что достигается посредством использования новых психотропных и сердечно — сосудистых препаратов, применяемых под строгим наблюдением врача. Все перечисленные, а также другие, находящиеся в арсенале современной медицины средства, способны, насколько это возможно, улучшить физическое состояние пациентов. В дополнение к указанным методам супружеские пары могут воспользоваться преимуществами современной секс-терапии, которая способна разрешать специфические проблемы половой активности, а также'трудности, возникающие при эмоциональной ущербности пожилых людей с физическими недостатками (Kaplan, 1984). Реабилитационный подход, предлагаемый секс-терапией, особенно эффективен для тех супружеских пар, эмоциональное напряжение во взаимоотношениях которых привело к обострению специфических факторов органического воздействия, что, в свою очередь, может привести к нарушению потенции. Роль секс-терапии в данном случае заключается в восстановлении полноценной, доставляющей удовлетворение половой активности.

Гибкий подход к поведенческой (бихевиоралыюй) стороне сексуальной терапии

Процедуры сексуальных упражнений, описанные в данном руководстве, признаны высокоэффективными многими клиницистами и получают все большее применение в наши дни. Нередко, однако, мы вносим коррективы в поведенческие программы с учетом специфической психодинамики в каждом конкретном случае. Таким образом, нами предлагается гибкий подход, учитывающий индивидуальные особенности пациента и специфику клинической картины и патогенеза. С одной стороны, мы придерживаемся первоначально выдвинутой гипотезы о том, что каждое сексуальное расстройство является результатом специфической «непосредственной» причины, которая обусловливает выбор определенной поведенческой стратегии лечения, и это было подтверждено огромным клиническим опытом. Однако, с другой стороны, мы убедились, что каждый случай содержит уникальные (для этого случая) психодинамические вариации, которые должны приниматься в расчет терапевтом при определении стратегии лечения супружеской пары.

В качестве характерного в лечебной практике примера можно привести случай с верующими мужчинами, католиками и иудеями, которым не рекомендуется предписывать упражнения с мастурбацией, так как в отмеченных религиозных конфессиях существует грех Онана (грех «обронившего семя»). Мастурбация, таким образом, может привести к излишнему сопротивлению пациентов во время лечения. Вот почему при лечении преждевременной эякуляции у наблюдаемых католиков и иудеев мы следующим образом применяем стандартную процедуру «стоп-старт» (глава 10). Жена получает инструкцию стимулировать пенис мужа в обычной прерывистой манере, муж при этом лежит на спине, а она сидит на нем с расставленными коленями таким образом, чтобы ее половые органы были расположены рядом с его пенисом. Мы также просим ее ввести его пенис во влагалище с тем, чтобы «уловить» его семя, как только он начнет эякуляцию после третьей «паузы». Такая модификация находится в полном соответствии с целью лечения, заключающейся в усилении недостаточной сенсорной саморегуляции пациента. При этом учитываются особенности религиозных верований супружеской пары.

Новый подход к лечению одиноких пациентов

Пациенты с сексуальными расстройствами, не имеющие партнеров, исторически представляли терапевтическую дилемму, к тому же секс-терапия изначально определялась У.Мастерсом и В.Джонсон как интегральный метод лечения неадекватных сексуальных взаимодействий, возникающих именно у супружеской пары, выразившей согласие улучшить свои сексуальные отношения. Использование суррогатных сексуальных партнеров стало одной из ранних попыток разрешения данной проблемы, при этом многие клиницисты сообщали о превосходных результатах данного подхода. Однако те ужасающие последствия, ответственность за которые может лечь на терапевта, подвергающего пациента и/ или суррогатного партнера возможности заболеть СПИДом, резко ограничили применение суррогатной терапии. В дополнение к этическим запретам этого рода, метод вообще связан с моральными и юридическими противопоказаниями. К сожалению, в настоящее время не существует абсолютно безопасного секса. В том случае, если один из партнеров является носителем вируса HTVL-III, даже использование презервативов обеспечивает лишь ограниченную защиту (Fischl et.al.,1986). С учетом сказанного, мы считаем, что суррогатная терапия в настоящее время является медицински противопоказанной, особенно в тех

случаях, когда в ходе лечения возможен обмен телесными выделениями партнеров. Вагинальный, оральный или анальный секс, даже при использовании презервативов, не является безопасным. Однако в секс-терапии имеется ряд приемов, не представляющих опасности и в том случае, когда один из партнеров оказывается носителем вируса HTVL-III. Так, например, упражнения чувственного фокусирования могут использоваться для возвращения к норме тех мужчин и женщин, которые панически избегают секса и интимности. Суррогатные партнеры могут выступать здесь в роли ассистентов и помогать неопытным людям в приобретении нужных навыков социального и сексуального общения, оказывать помощь (in vivo) в ослаблении чрезмерной восприим-чивости пациентов к ощущениям тревоги и вины. Это достигается в процессе «обмена» эротическими фантазиями и в результате стимуляции в паре с партнером.

Несмотря на проблему СПИДа, некоторые врачи неосознанно (что следует признать преступной небрежностью, возможно, уголовно наказуемой) поощряют пациентов к ограниченному использованию презервативов или отказу от их использования. При этом предварительно не устанавливается, является ли один из пациентов носителем СПИДа или нет.

С учетом подобной ситуации мы стали направлять все больше усилий на разработку альтернативных стратегий в лечении одиноких пациентов с сексуальными расстройствами. В настоящее время наша работа с такими пациентами сосредоточена на проведении непродолжительных сеансов «предсексуальной» психотерапии. Такие сеансы помогают пациентам преодолеть те психологические барьеры, которые мешают им установить и поддерживать постоянные интимные и романтические взаимоотношения. Мы также однозначно даем понять одиноким пациентам, особенно относящимся к группам риска (гомосексуалисты и гетеросексуальные женщины), что они сами Должны нести личную ответственность за свою безопасность и их моральным долгом является обеспечение безопасности своих сексуальных партнеров. Мы помогаем одиноким пациентам в выработке у них стратегии твердого «нет» в отноше-нии занятий сексом до тех пор, пока у них нет четкой уверенности в инфекционной безопасности партнера. В такой стратегии отсутствуют проявления деструктивных факторов, нарушающих ценность человеческих взаимоотношений. Мы используем «короткие» психодинамические техники, Дающие пациентам возможность осознать свой страх быть отвергнутыми и в то же время развиваем их навыки общения и повышаем уверенность в себе, что помогает им следовать установленным целям.

Мы также проводим научную разработку сексуальных упражнений, которые м °гут использоваться пациентом при отсутствии у него партнера. Так, например, одиноким мужчинам с преждевременной эякуляцией мы рекомендуем упражнение по самостимуляции, названное «стоп-старт». Мы просим пациента сосредоточить свое внимание на приятных сексуальных ощущениях в то время, когда он занимается мастурбацией. Упражнение проводится с целью усиления и осознания пациентом обратной сенсорной связи. Мы просим пациента распределить интенсивность своих субъективных ощущений на десятибальной шкале, где «ноль» соответствует отсутствию возбуждения, а отметка «десять» обозначает оргазм. Мы просим пациента возбуждать себя медленно до тех пор, пока он не достигнет отметки «девять», затем прождать несколько секунд до тех пор, пока его ощущения (не эрекция) ослабнут до уровня «четырех-пяти» баллов. Затем пациент начинает самостимуляцию снова. Пациенту дается установка «заканчивать», то есть

проводить эякуляцию, после третьего прерывания. После того, как пациент освоил процедуру «стоп-старт», он может переходить к еще более замедленной самостимуляции, повышая уровень сенсорного осознания в пределах отметки «пять-семь» баллов, при этом время, предшествующее оргазму, все время увеличивается.

Данный подход, связанный с приемом «стоп-старт», оказался настолько эффективным в развитии самостоятельного контроля за эякуляцией у одиноких мужчин, что мы стали рекомендовать эту процедуру женатым пациентам, страдающим преждевременной эякуляцией. Эту же процедуру, но чуть позднее, женатый мужчина выполняет уже с участием супруги. Такая последовательность, то есть вначале в одиночку, а затем в паре с супругой, помогает снизить сопротивление пациентов, которым не по душе излишне «механический» характер упраже-нений «стоп-старт».

Таким образом, «сольные» бихевиоральные задания для одиноких людей оказались настолько эффективными, что на начальных этапах эти упражнения рекомендуются для самостоятельного выполнения отдельными членами супружеской пары. Эффективность этих процедур проявилась при лечении подавленного сексуального влечения, импотенции, подавленного женского оргазма и вагинизма.

Расстройства, связанные с фазой сексуального влечения

В первом издании «Иллюстрированного руководства по сексуальной терапии» не содержалось материалов, связанных с расстройствами сексуального влечения: дело в том, что тогда, в 1975 году, эти синдромы еще не получили должного описания.

После признания этих расстройств в качестве объективно существующей клинической реальности стало очевидно, что Трудности, связанные с потерей интереса к сексу, могут оказаться едва ли не самыми частыми Проблемами, встречающимися в клинической практике (Lief, 1977; Crenshaw, 1985). Ниж приводится краткий обзор современных воззрений на этиологию и лечение расстройств сексуального влечения, ведь сегодня ни одно руководство по секс-терайВД не Может быть признано более или менее полным, если оно не содержит информации по Данному вопросу.

Подавленное (гипоактивное) сексуальное влечение (ПСВ)

Утрата некоторыми супружескими парами сексуального влечения не приводит к значительным нарушениям личности или сексуальным конфликтам, и супруги ведут нормальную брачную жизнь. Однако, исходя из нашего опыта, пациенты с ПСВ, как правило, обладают целым «букетом» сложнейших внутренних психологических и/или брачных конфликтов.

У многих подобных пар взаимоотношения либо напряжены до предела, либо супруги амбивалентны в отношениях друг с другом. Характерными источниками раздражения (в случае ПСВ у одного из членов супружеской пары) могут стать борьба за власть, часто возникающая на почве изменяющейся роли женщины; переносы на супруга (супругу) неразрешенного в детстве гнева на родителей, а также проблемы эмоциональной близости и ответственности. Характерными этиологическими проявлениями в клинической картине таких пациентов (одного из них или обоих) могут стать неадекватные реакции на критику или расставание с супругом (супругой). Подобные реакции, как правило, наблюдаются у пациентов с атипическими формами депрессии и неврозами тревоги.

***Сексуальная** анорексия*

Полная потеря сексуального влечения (сексуальная анорексия) может быть вызвана психогенными факторами, но в равной мере может стать биологическим проявлением депрессии, алкоголизма, интоксикаций разного рода, недостаточности тестостерона, последствием пролактинпитуитарных опухолей и результатом блокировки бета-адреналина в процессе лечения. К ряду патогенных факторов можно также отнести многочисленные менее типичные воздействия различных заболеваний и лекарственных средств (Kaplan, 1983).

К непосредственным проявлениям ПСВ относятся:

1) скрытые формы сексуального избегания;

2) вызывание «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания (имеет место «копание» в отрицательных качествах партнера; вызывающие тревогу переживания (воспоминания) проявляются как до, так и во время сексуальных действий);

3) тревога, связанная с ощущением неполноценности собственных сексуальных действий;

4) отказ от адекватной физической и/или психологической стимуляции во время сексуальных действий;

5) подавление вспомогательных эротических фантазий. Бихевиоральная коррекция таких проявлений гипоактивного сексуального

Течения включает следующие приемы:

1) модификация самого «поведения избегания»;

2) чувственное фокусирование I;

3) чувственное фокусирование II;

4) «выдача разрешения» на осознавание и на получение удовольствия от эротических фантазий, на которые ранее был наложен «запрет»;

5) предписание эротических фантазий и/или эротических средств до начала сексуальных действий;

6) отвлечение пациента от тревожных состояний и перенастройка на эротические фантазии, а также обмен своими эротическими переживаниями с партнером во время совместной сексуальной стимуляции.

Пациенты со скрытыми конфликтами в интимной сфере особенно чувствительны и резистентны в отношении быстрых изменений, связанных с коррекцией ПСВ. Наш опыт свидетельствует о том, что проблемы эмоциональной близости типичны для случаев ПСВ. Мы пришли к выводу о том, что предписания, изложенные выше, малорезультативны, если не дополнить их активным психодинамическим вмешательством, ослабляющим сопротивление пациентов (Kaplan, 1979; 1987).

Расстройства по типу сексуального избегания и сексуальные фобии

Непосредственными проявлениями расстройств по типу сексуального избегания являются иррациональный страх пациента или его полное отвращение к сексу. Навязчивый страх пациента усиливается непреодолимым желанием избегать ситуаций, которые вызывают у него тревожные состояния и неприятные сексуальные переживания. Таким образом пациент пытается избежать и активного терапевтического вмешательства, направленного на коррекцию его негативного опыта.

Нередко избегание или отвращение к сексу, связанные с фобиями, составляют изолированный симптом нормального во всех иных отношениях пациента. В остальных случаях сексофобия представляет собой симптоматическое проявление неврозов или

проявление специфических для конкретного пациента беспокойств, возникающих на почве личных супружеских взаимоотношений. Нами установлено, что в клинической картине значительной части пациентов*, страдающих сексофобиями, имеют место неврозы тревоги, которые проявляются в невыраженной форме (Kaplan, 1987).

Выбор бихевиоральной стратегии в лечении сексуального избегания может заключаться в постепенной и систематической конфронтации пациента с сексуальными ситуациями, в которых он ранее испытывал страх. Данная стратегия может иметь успех только в том случае, если пациент фокусирует свое внимание на каком-либо одиночном аспекте сексуального опыта, вызывающем у него реакцию навязчивого страха. Метод чувственного фокусирования был разработан

У.Мастерсом и В.Джонсон для десенсибилизации супругов и ослабления их страхов по поводу «изъянов» своих сексуальных действий. Возможно, это самый эффективный метод in vivo, используемый в практике лечения больных с синдромом сексуального избегания. Однако упражнения чувственного фокусирования малоэффективны в случаях проявления отвращения к определенным формам сексуальной активности. Так, к примеру, женщины со специфическими фобиями ин-троитуса (проникновения полового члена во влагалище) способны получать наслаждение, от других форм половой активности, однако указанный симптом не поддается устранению путем систематического воздействия посредством телесных ласк. В этом случае хороший прогноз имеет метод прогрессивного вагинального расширения.

Для успешного применения метода чувственного фокусирования важно помнить, что необходимо поддерживать оптимальный уровень тревоги, на фоне которого постепенно угасает ассоциация секса с отвращением к нему. Для того, чтобы такое угашение произошло, пациент должен остаться «один на один» с угрожающей для него ситуацией и выдерживать ее до тех пор, пока его страхи не пойдут на убыль. Таким образом, возникает возможность привыкания к переживанию ранее неприятной, вызывающей страх и отвращение к сексу ситуации. Такое переживание проходит в специально подготовленном состоянии релаксации пациента и, в конечном итоге, может принести пациенту удовольствие. Следовательно, если пациентка сообщает о том, что она не испытала тревоги, выполняя задание, терапевт может сделать вывод о том, что ее сексуальные страхи полностью не угасли. Однако в равной мере малопродуктивна и такая поведенческая установка, которая вызывает у пациентки настолько интенсивное чувство тревоги, что она вовсе отказывается от выполнения задания или не способна оставаться в состоянии спровоцированной тревожности. В подобных случаях необходимо так скорректировать установочное задание, чтобы оно не казалось для пациента слишком устрашающим.

Судя по нашему клиническому опыту, пациенты с сексуальным отвращением на фоне неврозов проявляют беспокойство в процессе секс-терапий, и сексотерапевтический прогноз для таких пациентов можно оценить как неблагоприятный. Некоторые из таких пациентов испытывают приступы панического страха в ходе сеансов секс-терапии, и их состояние может даже ухудшиться. Однако нам пришлось иметь дело с большим числом случаев сексуальных неврозов, которые поддаются успешному сексотерапевтическому лечению в сочетании с медикаментозной защитой, блокирующей панические проявления*.

Подробнее с достижениями и состоянием современной секс-терапии можно ознакомиться в приведенных ниже публикациях.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders, Revised (DSM-III-R).Washington,D.C…: APA Press, 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington, D.C., APA Press, 1980.

American Psychiatric Association Work Group to Revise DSM-III. DSM-HI-R in Development. Washington, D.C.: APA Press, 1986.

Crenshaw, T. The sexual aversion syndrome. Journal of Sex and Marital Therapy II (4), 1985.

Fischl, M.A, Dickinson, AM., Scott, G.W., Klimas.M., Fletcher.M A., Parks, W. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts with AIDS. JAMA,Vol.257, No.5,Feb., 1987.

Kaplan H.S. The New Sex Therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.

Kaplan H.S. Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/Mazel, 1979.

Kaplan H.S. The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects. New York: Brunner/Mazel, 1983.

Kaplan H.S. Sexual relationships in middle age. Physician and Patient, Oct. 1984.

Kaplan H.S. Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1987.

Klein D.F. Delineation of two drugresponsive anxiety syndromes. Psychopharma-cology, 5,39748,1964.

Lief, H. What's new in sex reseach? Inhibited sexual desire. Medical Aspects of Human Sexuality, П(7), July 1977.

КОНЦЕПЦИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Предписание пациентам переживания определенного эротического опыта составляет отличительную черту современной сексуальной терапии. Различные другие формы психотерапии, а именно психоанализ, брачная терапия и поведенческая (бихевиоральная) терапия в равной мере используются для лечения сексуальных расстройств. Все вышеперечисленные формы опираются исключительно на терапевтические беседы, проходящие в кабинете врача.

Процесс психоанализа приводит к интенсивному эмоциональному взаимодействию между аналитиком и анализируемым пациентом. Анализ нюансов взаимодействия способствует глубинному проникновению в подсознательные конфликты, страхи и влечения, которые могут являться источником сексуальных проблем пациента.

Терапевт, занимающийся вопросами брака, использует свои наблюдения за взаимоотношениями супружеской пары, на основе которых он делает выводы об источниках сексуальных расстройств. Брачный терапевт воссоздает перед супругами картину разрушительного воздействия их поведения друг на друга.Терапевт пытается воссоздать, сделать более зримыми те бессознательные конфликты раннего детства, которые были перенесены в брак и стали возможной причиной конфликтов и сексуальных проблем в жизни супружеской пары.

Бихевиорист в своей лечебной практике не имеет дела с неосознанными мотивами. Он, напротив, пытается понять те поведенческие условия, которые привели к образованию и фиксации мужской импотенции или неспособности женщины достигать оргазма. Он пытается усовершенствовать сексуальную активность путем изменения порой плохо поддающихся коррекции обстоятельств, которые привели к сексуально деструктивным тревогам и «антиэротическим» моделям в поведении пациентов. Для достижения цели лечения применяются разнообразные приемы, такие как систематическая десенсибилизация, позволяющая ослабить чувство тревоги и усилить желаемое проявление эротических реакций. Одним из приемов может стать полная смена того окружения и тех условий жизни человека, которые мешают ему активно и полноценно заниматься сексом.

Секс-терапия совмещает в себе и использует все три отмеченные формы психотерапевтического вмешательства. В секс-терапии эти три подхода используются в сочетании с предписанными сексуальными заданиями, которые супружеская пара выполняет в интимной обстановке своей спальни. Комплексное применение систематического структурно смоделированного эротического тренинга в сочетании с психотерапевтическим анализом неосознанных внутренних конфликтов каждого пациента — все это в комплексе составляет отличительную характеристику современной секс-терапии. Совершенно очевидно, что ключом к эффективному применению секс-терапии является именно сочетание двух ее направлений — динамического и основанного на получении пациентами непосредственного опыта.

Концепции и приемы психоанализа, брачной терапии и бихевиораль-ного подхода, которым отведены почетные места в современной секс-терапии, хорошо подтверждены на практике и описаны в научной литературе. Поэтому в данной работе вопросы, прямо связанные с отмеченными направлениями, остаются за пределами рассмотрения. Фактически практикующие врачи до того, как они приступили к лечению сексуальных

нарушений, должны быть хорошо ознакомлены с тематикой отмеченных направлений.

Целью данной книги является описание эротических техник, традиционно применяемых в секс-терапии, а также изложение ряда гипотез и пояснений, касающихся механизмов воздействия этих техник на пациентов. Дополнительно анализируются эмоциональные реакции пациентов на эротические «упражнения» и поясняется терапевтический смысл этих реакций.

Те задания, которые предписаны супружеским парам с сексуальными проблемами, ни в коем случае нельзя рассматривать как запрограммированные механические приемы. Напротив, комплекс эротических приемов организован и подобран с учетом индивидуальных особенностей супружеских пар. Выполнение заданий очень часто вызывает глубокий и благодарный эмоциональный отклик у каждого из пациентов. Как положительные, так и негативные эмоциональные реакции пациентов имеют неоценимую значимость для психотерапевтического процесса, так как они выражают динамику изменения клинической картины, что позволяет анализировать и прорабатывать то или иное сексуальное нарушение в ходе психотерапевтических сеансов. Так, к примеру, мужчина, страдающий импотенцией, не может выполнить инструкцию лечь на спину и получать наслаждение от нежных ласк своей жены, потому что его негативный опыт вызывает чувство тревоги и связанные с ним навязчивые идеи, отсюда и нежелание выполнять предписания терапевта. («Ей это не нравится […]. Ей это надоест […]. Она подумает, что я слабак […]. Я должен вызвать у нее оргазм».) Его тревожное реагирование на удовольствия, получаемые от жены, и его защитная реакция на эту тревогу становятся очевидными как для терапевта, так и для самой супружеской пары. Очень часто негативный прошлый опыт мужчины вызывают у него скрытые сомнения, и его тревожная реакция ослабевает в тот самый момент, когда он, казалось бы, уже готов активно действовать.

В этой книге мной будут описаны некоторые типичные реакции пациентов и их партнеров на каждое из предписанных эротических заданий. В некоторых случаях я проанализирую эмоциональные реакции супругов и постараюсь показать, как эти реакции связаны с их сексуальными проблемами.

Эмоциональные реакции пары на предписанные сексуальные упражнения могут, с одной стороны, быть выражением сопротивления пациентов и служить своего рода преградой на пути эффективной терапии, но одновременно эти реакции открывают уникальную возможность для активного терапевтического вмешательства. Поэтому нам также предстоит обсудить выбор терапевтических стратегий, определяемых в результате анализа этих эмоциональных откликов пациентов.

И наконец, моя книга содержит иллюстрации ряда приемов. Раньше в клинической практике мне приходилось полагаться на вербальные описания. Нередко эти описания не передают с достаточной ясностью различные позы и тонкости выполнения приемов, поэтому мне приходилось делать наброски рисунков, поясняющих то, что требуется от пациентов. В ряде случаев сотрудникам клиники фактически приходилось самим демонстрировать некоторые позы во время учебных семинаров. Иллюстрации, содержащиеся в книге, дают более четкую картину рекомендуемых поз и техник: они, таким образом, используются с дидактической целью. Но эти рисунки являются не просто «техническими» иллюстрациями — они, как я надеюсь, помогут передать красоту и человечность секса, без чего, как мне кажется, вообще невозможен успех сексотерапевтического лечения.

Эта книга, таким образом, является иллюстрированным руководством по «домашним заданиям» в секс-терапии. Для более цельного восприятия изложенного здесь материала представляется, однако, необходимым несколько более детально ознакомиться с рядом положений о природе сексуальных реакций мужчин и женщин, о динамике сексуальных расстройств, а также с основными положениями, касающимися механизмов этих расстройств. С более развернутым анализом этих основных положений можно ознакомиться с моей книге «Новая сексуальная терапия» (1974). В данном руководстве приводится лишь краткий обзор отмеченных ключевых положений с тем, чтобы в дальнейшем, при описании конкретных приемов и заданий, более не возвращаться к этому материалу. В это руководство я также включила главу, посвященную анализу симптоматики и обследованию пациентов. С пациентами проводятся особым образом структурированные интервью, позволяющие получить необходимую информацию для постановки проблемы и выработки стратегии лечения. Для определения диагноза каждый случай рассматривается многоаспектно и получает рациональное толкование, позволяющее определить тактику лечения. Таким образом, для каждого случая предлагается гибкий индивидуальный подход, позволяющий учитывать всевозможные нюансы. В психотерапии вообще не существует стандартных, рутинных приемов лечения, механически приспособленных для лечения того или иного сексуального расстройства. Каждая процедура, задание или терапевтическое вмешательство получают четкое рациональное толкование. Такой индивидуальный подход требует совершенной специальной техники анализа, в первую очередь сконцентрированной на оценке непосредственного сексуального опыта обследуемой пары.Такой подход представляется более перспективным, чем полагание исключительно на описательную информацию.

Секс-терапия является крайне эффективным средством, однако она не может применяться в лечении всех случаев сексуальных нарушений. Проблемы некоторых пациентов уходят глубокими корнями в определенного рода взаимоотношения и не поддаются излечению за кратковременные сеансы секс-терапии. Поэтому терапевту полезно знать как сильные стороны, так и ограничения данного метода. Вот почему в книге также рассмотрены некоторые прогнозируемые факторы, влияющие на исход лечения.

Одно из серьезных ограничений метода секс-терапии заключается в обязательном участии (за некоторыми исключениями, например, в случае полной аноргазмии) двух партнеров и их сотрудничестве. Как уже было отмечено, сексуальные упражнения являются центральным звеном секс-терапии. Эти упражнения имеют особую последовательность выполнения и хорошо разработанную структуру. Их просто нельзя выполнять в одиночку. В некоторых клиниках предпринимались попытки разрешить эту Дилемму с помощью суррогатных партнеров, то есть с помощью незнакомых для пациентов лиц, которые за определенную плату соглашались принять участие в сексуальных упражнениях с пациентом. Такой подход имеет свои плюсы и минусы. Основное преимущество заключается в открываемой для пациентов возможности обрести уверенность и устойчивость в своем сексуальном поведении, что позволило бы ему (ей) установить впоследствии настоящее человеческое партнерство. Однако одной из первоочередных задач секс-терапии является гуманизация сексуальных отношений. Секс с незнакомым человеком, получающим плату за свои услуга, не сможет привести к этой цели. Более предпочтительным, по всей видимости, является психотерапевтический подход, дающий мужчине тот уровень самооценки, при котором он может вступить во взаимоотношения с женщиной, даже если у него сохраняются

определенные трудности с сексуальными действиями.

Когда в моей клинической практике ко мне обращается одинокий пациент с сексуальным расстройством, я провожу анализ и делюсь с ним своими выводами. Я также объясняю ему те способы лечения, которые могли бы помочь в его (её) случае. Иногда психотерапия составляет разумную альтернативу секс-терапии в лечении одиноких пациентов, но нередко она не может быть признана эффективной, когда дело касается сексуальных симптомов. Пациент, несомненно, не получает симптоматического лечения в ходе психотерапевтических сеансов, состоящих из консультаций и обсуждений, но он получает понимание своей проблемы. Осознание проблемы усиливает надежду и решимость пациента, а сочетание знания и воли поможет ему самому при определенных, известных ему обстоятельствах установить нормальные взаимоотношения с партнером.

Секс-терапия ставит перед собой в качестве непосредственной цели улучшение общего самочувствия пациента, что является важным условием благополучия человека в целом. Таким образом, секс-терапия выходит за пределы своих ближайших непосредственных задач и соотносится с более широкими проявлениями человеческой деятельности. Фокусируя свое внимание на сексе, мы всегда помним о целостной картине психической деятельности человека, в которой сексуальность занимает прекрасное и значимое место.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ХАРАКТЕР И ПРИЧИНЫ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Сексуальная реакция у женщины и мужчины превращает их половые органы в эффективные и активные орудия воспроизводства. «Вялый, служащий целям мочеиспускания пенис превращается в прямостоящий детородный фаллос, а сухое бездействующее вагинальное пространство становится открытым, влажным и поглощающим вместилищем»*. На первый взгляд, сексуальный рефлекс мужчин и женщин представляется одномоментным событием. У мужчин эрекция переходит в семяизвержение. У женщин выделение смазки (любрикация) и припухание половых органов заканчивается оргазмом. Однако на самом деле сексуальная реакция того и другого пола включает две раздельные фазы. Эти фазы аналогичны как в анатомическом, так и физиологическом плане и у мужчин, и у женщин. Эти фазы могут быть нарушены раздельно, что приводит к различным синдромам сексуальных расстройств.

Первая фаза сексуальной реакции заключается в обильном притоке крови к половым органам (генитальная вазогиперемия). Вторая фаза, оргазм, представляет собой, главным образом, серию последовательных кло-нических сокращений генитальной мускулатуры.

У мужчин эрекция связана с вазогаперемией кровеносных сосудов пениса. Происходит расширение капиллярных сосудов пениса, и специфические венозные каналы закрываются. Кровь задерживается в специальных кавернах (пещеристых тканях) пениса, и этот, преимущественно гидравлический по характеру механизм, приводит к увеличению органа. Эта Реакция контролируется автономными каналами нервной системы: расширение мелких артерий иннервируется парасимпатическими, тогда как закрытие венозных клапанов, по всей видимости, симпатическими нервными волокнами. Оргазм представляет собой отдельную реакцию. У мужчин он состоит из двух стадий: эмиссии и эякуляции (семяизвержения). Эмиссия, субъективно воспринимаемая как неизбежная эякуляция, включает рефлекторное сжатие внутренних тканей половых органов. Сжатие ампулы семявыводящего протока предстательной железы (vasa differentia) и семенных яичек приводит к выдавливанию эякулята в мочеиспускательный канал (posteria uretra). Эмиссия — это реакция, опосредованная симпатическими нервными волокнами. Менее, чем через секунду следует эякуляция. Она выражается в сжатии бороздчатой мускулатуры у основания пениса (луковично-губчатая мышца). Это сжатие осуществляется с частотой 0, 8 сек.

Два аналогичных по своим проявлениям события имеют место у женщин. В ответ на сексуальное возбуждение происходит вазогиперемия кровеносных сосудов половых губ и тканей, окружающих влагалище. Возникающее в результате припухание носит более диффузный, чем у мужчин, характер.

У женщин отсутствует специальная пещеристая ткань, и гиперемия носит локальный характер, что выражается в припухании периферических вагинальных тканей и создает основу для оргазма. Во время возбуждения вазогиперемия также приводит к выделению

вагинальной смазки, представляющей собой выход (транссудацию) жидкой части крови из капиля-ров и венул. Кроме того, происходит расширение гладкой мускулатуры внутри влагалища, что приводит к его расширению и удлинению, а также к подъему матки. В отличие от мужского, женский оргазм включает только одну стадию. У женщин отсутствует фаза эмиссии. Однако клоническая фаза мышечных сокращений затрагивает те же типы мускулатуры (луковично-губчатая, лобковая, копчиковая мышечные ткани), а сокращения происходят с той же частотой (0,8 сек), что и у мужчин.

Нарушения отмеченных реакций или отдельных фаз этих реакций приводит к сексуальным расстройствам. Имеется шесть видов сексуальных расстройств: три женских и три мужских.

Импотенция является следствием нарушения эрекционного рефлекса. Подавление потенции ограничивается эрекционным, вазогиперемическим компонентом сексуальной реакции. При импотенции может сохраняться способность к эякуляции.

Имеется также два расстройства семяизвержения: преждевременная эякуляция и замедленная эякуляция. Преждевременная эякуляция выражается в отсутствии достаточного волевого контроля за реакцией оргазма, и пик полового возбуждения у мужчины наступает слишком быстро. Пациенты с задержанной эякуляцией, наоборот, страдают от чрезмерного непроизвольного контроля. Даже при адекватном возбуждении обнаруживаются трудности с реакцией семяизвержения.

Вагинизм — это специфическое нарушение, которому нет аналогов у мужчин. Это нарушение связано с рефлекторным судорожным сокращением мышц преддверия влагалища, возникающее при попытке полового проникновения (интроитус). В этом состоянии сношение становится невозможным.

Два других расстройства половой функции у женщин аналогичны импотенции и замедленной эякуляции у мужчин. Женщина с полным отсутствием сексуального возбуждения, как мужчина со слабой эрекцией, не способна реагировать на сексуальную стимуляцию: у нее отсутствует люб-рикация и генитальная гиперемия. Женщины с нарушением оргазма, как и мужчины с замедленной эякуляцией, испытывают различные трудности, связанные с реакцией оргазма, хотя у них и проявляется сексуальный отклик.

Психосоматические факторы сексуальных расстройств

Сексуальные реакции являются тонкими чувственными переживаниями, и они могут с легкостью подавляться в результате какого -либо негативного воздействия или психологического конфликта.

Если мужчина переживает испуг, тревогу в момент занятий сексом, у него возрастает вероятность нарушения таких половых рефлексов, как эрекция и эякуляция. Условием нормальной половой активности является отсутствие негативных эмоциональных реакций и состояний, а также устранение чрезмерного сознательного контроля. Другими словами, нормальный секс предполагает устойчивое эмоциональное состояние, при котором человек полностью предается эротическим переживаниям. Сказанное справедливо также в отношении всевозможных биологических функций, контролируемых автономными нервными центрами. Пищеварительные, респираторные, сердечно — сосудистые реакции в равной мере иннер-вируются вегетативной нервной системой. Иными словами, нарушения этих функциональных систем также обусловлены психосоматическми факторами.

В прошлом считалось, что только глубокий невроз мог привести к на-РУШению половых функций. Считалось, что сильные патогенные и регрессивные конфликты, основанные на

бессознательных инфантильных страхах, являются единственными составляющими факторами сексуальных Расстройств. Было также принято считать, что эти конфликты возникают в Раннем детстве, в возрасте до 5 лет. Патологические отношения с родителями приводили к фобиям, тревожным состояниям и созданию механизмов психологической защиты. В то время считалось, что именно в этом возрасте и в этой сфере сознания следует искать ключ к пониманию сексуальных проблем. Неудивительно, что психоаналитическое лечение было призвано внести ясность в эти вопросы и довести их толкование до сознания пациента в надежде на их разрешение. Предполагалось, что разрешение бессознательного конфликта способно устранить симптом сексуального расстройства.

У.Мастерс и ВДжонсон, а также другие бихевиористы доказывали, что корни психопатологии часто уходят не так глубоко, как это принято считать. Тревожность по поводу «изъянов» сексуальных действий, внешние проявления неуверенности, напряженность в общении с партнером, беспокойство, связанное с непониманием человеческих реакций партнера, могут в равной мере привести к многочисленным сексуальным проблемам, которые можно наблюдать в клинической практике. Негативное воздействие вышеприведенных факторов имеет логическое объяснение. Ведь определенно ясно, что тревога воздействует на физиологию, а вместе с тем и на половую активность одинаково плохо, независимо от того, связана она с Эдиповым комплексом, страхом кастрации или очередной алкогольной интоксикацией.

В действительности этиология сексуальных расстройств представляет собой континуум разнородных и последовательных факторов, и в этом континууме находят свое место и еле заметные предчувствия слабости, и глубокие сексуальные психопатологии, которые привносят опасное символическое значение в сферу бессознательного. Эффективное вмешательство осуществляется по обстоятельствам в зависимости от того, в какую часть отмеченного континуума оно попадает. Такое вмешательство может ограничиться консультированием и образовательными беседами, а может включать сексотерапевтическое или разностороннее психоаналитическое лечение.

Наше сексуально закрепощенное общество до недавних пор не воспринимало секс как естественное проявление. Обстоятельная информация о сексуальных реакциях не была доступна всем. Покров невежества, в сочетании с эмоционально предвзятым отношением к вопросам эротики, создавали питательную почву, на которой произрастало ханжество, разного рода мифы и ложные толкования. В содержании мифов особо преобладали темы постоянной мужской готовности к сексуальной активности, вагинального оргазма, одновременно наступающего пика наслаждения у обоих партнеров, мастурбации, фантазий, фригидности женщин и т.п. Явное несоответствие между реальностью и завышенными ожиданиями способно порождать обостренное чувство тревоги и вины. Ложные представления и сопровождающие их эмоции приводят к сексуальной неприспособленносхя и сексуальным нарушениям. К сказанному можно добавить, что чувства тревоги и вины могут привести к отказу от секса и/или ограничить половую активность мужчины. Это лишает его возможности исследовать и изучать приемы сексуального общения, доставляющие радость как самому мужчине, так и его партнерше.

Лицам, страдающим сексуальным невежеством, болезненно воспринимающим все, что связано с сексом, зачастую можно помочь с помощью обычных консультаций. Такая образовательная терапия позволяет рассеять туман невежества и дать элементарные знания об эффективных сексуальных приемах.

Причины сексуальных расстройств у иных пациентов лежат гораздо глубже. Речь идет о пациентах, сексуальные реакции которых подавлены страхом сексуальных неудач, склонностью к сознательному самоконтролю во время полового акта, навязчивыми страхами быть отвергнутым, если не удастся ублажить партнера или проявить себя в своих сексуальных действиях должным образом. В клинической картине таких пациентов, однако, не наблюдается проявлений навязчивого страха, чувства вины или супружеской агрессивности. Пациенты этой группы хорошо поддаются воздействию кратких сеансов секс-терапии, позволяющих воссоздать атмосферу надежных, устойчивых и искренних взаимоотношений в ходе их сексуальной активности. Курс такого лечения не представляет особых сложностей. Установки и рекомендации не несут глубокого аналитического смысла: в них заключена поддержка, помогающая пациентам снять преграды на пути их свободного взаимного общения. Прогноз секс-терапии для данной категории пациентов можно считать блестящим. Можно с удовлетворением отметить, что на долю этого контингента пациентов приходится значительная часть всех случаев.

Следующую группу составляют пациенты, с трудом поддающиеся терапии. Они также страдают страхом сексуальных неудач и выражают тревогу по поводу «должного» исполнения своих сексуальных действий. Но в этой группе отмеченные симптомы связаны с более глубокими причинами неуверенности в своих возможностях. Сексуальные проблемы этих людей связаны с глубокими психологическими конфликтами. Секс-терапевту приходится бороться с основательно искаженными половыми взаимоотношениями. Пациенты этой группы чутки, ранимы, мнительны, их ощущение вины по поводу сексуальных удовольствий особенно акцентировано.

Секс-терапия может быть показана и пациентам этой группы, но при Условии, если терапевт готов и способен противостоять проявлениям расстройства на глубинном психодинамическом уровне. Терапевт обязан иметь хорошее представление о психодинамике бессознательных конфликтов и о воздействии таких конфликтов на сексуальную сферу. Он должен обладать навыками работы на уровне бессознательной мотивации. И у него должен быть наработан достаточный клинический опыт, который позволил бы выносить суждения о том, в каких случаях можно обойти стороной подобные конфликты путем «провокации» механизмов самозащиты пациента, позволяющих разорвать связь между глубоким конфликтом и сексуальным расстройством и тем самым снять чувство тревоги. Терапевт должен уметь делать заключения, позволяющие оценить, в каких случаях стратегия сексотерапевтического лечения может включать соответствующие установки, приемы конфронтации с конфликтом и др., а в каких случаях следует перевести сексотерапевтическое лечение в область психотерапии, то есть временно приостановить секс-терапию и воспользоваться психодинамическим подходом.

И, наконец, имеется группа пациентов, страдающих от сексуальных расстройств и не поддающихся лечению с помощью кратковременной интенсивной секс-терапии. К счастью, пациенты этой группы встречаются относительно редко. Сексуальные проблемы таких пациентов прочно связаны с глубокой индивидуальной или супружеской психопатологией. Эти больные характеризуются тяжелыми депрессивными или паранояльными симптомами, их супружеская агрессивность носит крайне болезненный и антисексуальный характер, а защитные реакции предельно инертны. Таким пациентам, в первую очередь, показана интенсивная психотерапия и психоаналитическое вмешательство, что позволило бы скорректировать некоторые эмоциональные состояния и отношения. Психотерапия нужна

для разрешения так называемых парных конфликтов (конфликтов супружеской пары) с тем, чтобы подготовить пациентов для последующего сексотерапевтического вмешательства.

СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В медицине используются два диагностических орудия: анамнез и обследование. При диагностике пациента с сексуальными расстройствами мы используем те же самые орудия. Однако в секс-терапии при обследовании пациента нельзя, в первую очередь, полагаться на физиологическое исследование, пальпацию или выслушивание. Несомненно, в ряде случаев необходимо физическое исследование половых органов и лабораторный анализ. Но основное внимание при обследовании наших пациентов уделяется тщательному и тактично проводимому анализу сексуального опыта супружеской пары. Опрос пациентов и общение с ними проходит в комнате для консультаций. В ходе беседы мы пытаемся установить признаки симптомов и факторы, предшествующие сексуальному расстройству, а также получить данные для оценки детерминирующих факторов сексуального нарушения конкретного пациента. Возможно, когда-нибудь в будущем секс-терапевты будут иметь возможность наблюдать своих пациентов в процессе их сексуальных контактов и анализировать видеопленки с записью их половой активности. Пока же высокоэффективным и тонким орудием диагностики является интервью. Оно проводится с тем, чтобы составить детальную и полную картину при рассмотрении каждого случая.

После получения сведений об имени, возрасте, адресе, супружеском и Семейном статусе пациентов я перехожу к вопросам о характере жалоб и поясняю те события, которые предшествовали тому или иному симптому, там проводится оценка сексуального опыта пациентов.

«Расскажите мне, что происходит, когда вы занимаетесь любовью. (Пациент смущен и уклоняется от ответа). Извините за интимный вопрос, но я просто не смогу вам помочь, если сама не буду знать, что на самом деле происходит».

Я продолжаю беседу с твердым тактом. Мое личное открытое отношение к вопросам секса передается пациентам и облегчает общение с ними. Я поощряю такую же открытость и искреннее участие со стороны пациентов. Нередко один из супругов охотнее вступает в беседу, чем другой.

Это наблюдение следует для себя отметить и воспользоваться им впоследствии. Чтобы интервью с самого начала было успешным, я обращаюсь к более общительному участнику беседы. Я продолжаю опрос до тех пор, пока не получу в своем сознании детальную картину физических действий, совершаемых пациентами. Необходимо проявлять настойчивость, чтобы получить представление об эмоциональных реакциях пациентов, их фантазиях и взаимоотношениях.

При наличии неясных сторон я упорно продолжаю опрос до полного их прояснения.

«Да, но когда вы фактически начинаете сам половой акт? Когда Вы ощущаете определенное сладострастное возбуждение? Когда, как вы считаете, наступает такой момент, что он чувствует нетерпение?»

Процедура опроса очень напоминает используемые в медицинском обследовании выстукивание и выслушивание пациентов. Уточнение деталей проходит снова и снова, до тех пор, пока не возникнет полная картина, отражающая текущее состояние пациента.

Нередко в истории пациента имело место изменение его (ее) сексуальных реакций. Поэтому необходимо проводить аналогичный опрос обоих пациентов с целью выяснения предшествующего указанному событию сексуального опыта.

«Как вы себя чувствовали до полового акта? Как… в то время, когда только целовались и обнимались? А как до того, как наступил оргазм? С другими женщинами получалось по-другому? Чем отличается ощущение мастурбации от ощущения, которое вы получаете, будучи с мужем? Расскажите мне о ваших ощущениях во время мастурбации…»

После того, как я получу ясную картину сексуального опыта супружеской пары, отражающую их текущее состояние и предшествующую динамику, я приступаю к постановке проблемы. Такая постановка носит предварительный характер, но она необходима для того, чтобы направлять мой последующие вопросы в нужном направлении. Для клинических целей (J отличие от чисто исследовательских) психо-сексологический анамнез особенно важен и ценен, если для его получения используется не стандартный опросник, а проблемно ориентированный, то есть учитывающий специфику конкретного случая.

Медицинское и психиатрическое исследование

В ходе диагностики сексуальных расстройств я всегда провожу медицинское и психиатрическое исследование, а также убеждаюсь в наличии или отсутствии фармакологических воздействий на состояние пациента. Медицинское исследование.

До тех пор, пока не исключена роль соматогенных факторов в этиологии расстройства, нельзя утверждать, что оно имеет психогенную природу. В ряде случаев очень мала вероятность связи органических факторов с симптоматикой сексуальных расстройств (например, с ситуативными нарушениями). Установлено, однако, что от 10 до 25% случаев сниженного полового влечения и импотенции связаны с соматически обусловленными заболеваниями и фармакологическими воздействиями.

Любое заболевание, которое приводит к физиологическому истощению и/или связано с болевыми ощущениями, негативно сказывается на половой активности человека. Нарушения эндокринной системы, связанные с синтезом и потреблением гормонов (в частности, тестостерона), в равной мере ослабляют половое влечение и снижают потенцию у мужчин. Вот почему в ходе получения медицинского анамнеза мной всегда уточняются вопросы о признаках и симптомах гепатита, питуитарных заболеваний, заболеваний половых желез и т.д. Любое заболевание, которое привело к нарушению кровоснабжения органов, расположенных в области таза и нарушению нервных волокон данных органов, может быть связано с расстройством половых функций. Поэтому важно ознакомиться с данными по этим заболеваниям или провести соответственные функциональные исследования, что позволило бы установить нарушения кровообращения, нарушения нервных связей, факты хирургического вмешательства, связанные с такими нарушениями (например, периниальная простатэкто-мия или симпатэктомия). Диабет, даже на его ранней стадии, является наиболее распространенной причиной нарушения потенции. Поэтому во всех случаях импотенции назначается тест на глюкозу; дополнительно мной назначается тест на содержание тестостерона, а иногда эстрогена и прогестерона, что позволяет определить потребность в использовании ан-ДРогенных препаратов в ходе секс-терапии. Иногда назначается тест на Функцию щитовидной железы.

Фармакологические средства нередко являются скрытыми возбудителями сексуальных расстройств. Нарушению сексуальной реакции способствуют четыре группы веществ: антиандрогены, антихолинэргические и анг иадренергаческие препараты, седативные средства и алкоголь.

Механизм действия отмеченных средств различен. Наркотические с Редства обладают общим седативным воздействием и оказывают специфичный подавляющий эффект на сексуальные центры мозга. Алкоголь является депрессантом ЦНС общего действия, оказывающим негативный эффект на сексуальную функцию. Его хроническое потребление приводит к психоорганическим и сексуальным нарушениям. Женские гормоны эстроген и прогестерон, антигипертензивные препараты (aldectazine, aldec-ton) влияют на адренергическую иннервацию и приводят к химической кастрации. Они способны снижать половое влечение у мужчин и у женщин, вызывают нарушение потенции у мужчин. Альдомет и другие антигипертензивные средства являются блокаторами периферических адрено-рецепторов, опосредующих эякуляцию. Их потребление, как правило, приводит к ослаблению эрекционной функции и, в конечном счете, к импотенции. Препараты, снижающие артериальное давление, в целом способствуют появлению сексуальных нарушений.

Очевидно, что анализ сексуальных нарушений должен учитывать факторы фармакологических воздействий. Вряд ли целесообразно начинать курс секс-терапии, когда пациент принимает вещества и препараты, негативно влияющие на его половые функции. Нередко медикаментозное лечение можно скорректировать и назначить столь же эффективные аналогичные препараты, которые не имеют деструктивных побочных воздействий на сексуальную сферу.

Психиатрическое исследование

Для получения предварительного заключения необходимо провести психиатрическое исследование обоих супругов. Это исследование рассчитано на получение следущих данных: 1) наличие и природа психопатологии у каждого из партнеров, 2) характер и тип взаимоотношений супружеской пары, 3) предварительная оценка роли сексологических симптомов в динамике супружеских взаимоотношений. (Оценка этой роли крайне необходима для последующего курса лечения). Получение и анализ информации по трем отмеченным факторам обязательно предшествует терапевтическому вмешательству, в основе которого лежит четкое рациональное понимание проблемы.

У большинства людей, обращающихся за помощью к секс-терапевту, не наблюдается какой-либо значительной сексопатологии, а их партнеры, как правило, эмоционально здоровы. Прогноз лечения таких пар обычно благоприятнен, и секс-терапевт вправе надеяться на скорое.относительно несложное и эффективное лечение. Нередко неврозы и психозы сопровождаются сексуальными нарушениями. Партнеры людей с сексуальными дисфункциями могут страдать тяжелыми нарушениями эмоциональной сферы. Психопатология обоих партнеров оказывает сильное негативное воздействие на их половую активность, приводит к сложностям в лечении, а иногда — к его полному прекращению.

Секс-терапия противопоказана, когда у любого из партнеров выявляются нарушения, относящиеся к компетенции «большой психиатриии». Совершенно очевидно, что в случае шизофренического психоза, параноидного состояния или глубокой депрессии, наблюдаемых хотя бы у одного з партнеров, применение секс-терапии не представляется возможным, фактически, направленное сексотерапевтическое вмешательство при частично компенсированных патологических состояниях может даже привести к серьезному обострению синдрома.

Секс-терапиия не противопоказана лицам с хорошей компенсацией психопатологии; в этом случае секс-терапевт должен проявлять особую чуткость и такт, чтобы не

спровоцировать защитные реакции пациента и не привести к «выходу» заболевания. В подобных случаях секс-терапия способствует улучшению половой активности и совершенствованию супружеских взаимоотношений.

У невротиков и людей с нарушениями личности, как правило, обнаруживаются симптомы сексуальных расстройств. Эта категория составляет значительную долю от общего числа людей, обращающихся за помощью в сексотерапевтические клиники.

Хотя общий прогноз лечения сексуальных расстройств у людей с невротическими состояниями и неврозами является малооптимистичным, секс-терапия может привести к улучшению половой активности этой группы пациентов. При обследовании таких пар, в дополнение к диагностике сексуальной проблемы, терапевту необходимо получить представление о структурной динамике синдрома, этиология которого субъективно не осознается пациентом. Терапевт проясняет структурные параметры личности пациента, глубину его бессознательных конфликтов и механизмов защиты. Полученные данные определяют стратегию последующего лечения. Терапевт должен четко определить для себя, каким образом он сможет преодолеть сопротивление пациентов, особенно заметное в этих случаях, когда защитные механизмы человека приведены в полную «боевую готовность». Терапевту не обойтись без особой проницательности, которая должна подсказать ему, какие конфликты могут быть разрешены, а какие следует обойти стороной. Имея дело с невротиками и людьми, предрасположенными к неврозам, терапевту неизбежно придется принимать эти крайне важные решения.

Взаимосвязь симптомов сексуальных расстройств и неврозов

Эффективность секс-терапии зависит от четкого понимания взаимосвязи бессознательных невротических конфликтов пациента и симптомов его сексуального расстройства. Ранее считалось, что все симптомы сек— с У а льных нарушений являются прямым следствием глубинных конфликтов и следует вначале разрешить сам конфликт, чтобы достичь улучшения половой активности. Наш практический опыт показывает ошибочность такого подхода и непригодность его в клинической практике. Взаимосвяь сексуального расстройства и невроза не является жестко фиксированной и однозначной. Хотя некоторые сексуальные нарушения являются непосредственным следствием психогенного конфликта, эту связь нельзя считать общей закономерностью. Источником сексуального нарушения может стать «поверхностное» состояние тревожности, возникающее, к примеру, в предчувствии неудачи полового действия. Правда, сходное состояние может возникать и у невротика. Однако чаще всего прямая связь между сексуальным нарушением и глубоким конфликтом отсутствует. В конце концов, трудности могут возникнуть и по причине того, что человек мнителен и переживает опасения по поводу «изъянов» в своих сексуальных действиях. При отсутствии связи между конфликтом и сексуальным нарушением секс-терапия дает благоприятный прогноз на быстрое устранение нарушения.

У предрасположенных к неврозам пациентов их половая активность и симптомы приобретают символическое значение и используются в качестве психологической защиты. В этом случае секс-терапевту предстоит проводить сложный и «бурный» курс лечения. Примерами таких случаев может стать предварительная эякуляция у мужчин, символизирующая его протест против «жены-матери»; другой пример: неспособность к сексуальному отклику женщины, которая мечтает видеть в муже «супер -папу», любовь которого может дать ей восстановление самоуважения. В подобных случаях

сексотерапевтическое вмешательство может натолкнуться на стойкие барьеры и сопротивление. К счастью, симптомы сексуального характера далеко не всегда выполняют роль защитных механизмов. Даже случаи с приведенными примерами не являются безнадежными, так как существуют терапевтические приемы, позволяющие обойти подобного рода конфликты. В отмеченных случаях преимущества секс-терапии ограничиваются общим улучшением половой активности пациента, сохраняющего предрасположенность к неврозам. Следует признать, что конфронтация пациента с глубоким сексуальным конфликтом, которую ему приходится испытать в ходе сексотерапевтического лечения, нередко открывает путь к реконструктивному психотерапевтическому разрешению его основной проблемы.

Взаимоотношения супругов

Характер взаимоотношений супругов, которые нуждаются в помощи при решении своих сексуальных проблем, является очень важным прогностическим фактором в определении исхода сексотерапевтического ле-

чения. Терапевту необходимо получить представление о супружеских связях на поверхностном и глубинном уровнях. Если люди по -настояще-му любят друг друга, то независимо от специфики клинической проблемы и даже при наличии мелких поверхностных разногласий прогноз лечения значительно улучшается. Супруги, любящие друг друга, действительно хотят нормальной половой активности и полноты ощущений как на осознанном, так и на подсознательном уровне. Такие пациенты не склонны рассматривать свое сексуальное улучшение как угрозу для себя или как еще один возможный конфликт. Совершенно иная картина наблюдается при глубоко враждебных отношениях между супругами, даже если на поверхности все кажется гладким и нормальным. В таких случаях желание улучшить половую активность партнеров наталкивается на подсознательное стремление причинить боль своему партнеру и держаться от него на расстоянии. Подобные неосознанные опасения могут активизировать серьезное сопротивление со стороны пациентов, препятствующее сексотерапевтическому лечению. В состоянии ли женщина любовно ласкать мужчину, к которому она глубоко враждебна? Может ли мужчина быть по возможности терпимым и нежным с женщиной и позволять ей возбуждать себя, когда он опасается интимной близости с ней? Глубина и серьезность подобных отрицательных эмоций должна получить оценку в секс-терапии. Зачастую эти ощущения и чувства становятся непреодолимыми и безысходными, что приводит к прекращению лечения ведь, в конечном счете, секс-терапия основана на заинтересованном участии обоих партнеров. В других случаях, когда отрицательные чувства и обиды преодолимы, терапевт может получить хорошие результаты. В действительности, при наличии соответствующей мотивации со стороны пациентов и благодаря секс-терапии супружеская пара имеет все шансы разрешить свои супружеские трудности.

Сексуальное расстройство, независимо от характера супружеских связей, может играть важную роль в системе брака. Импотенция для мужчины может стать способом осуществления контроля за своей женой, а для нее она может означать стабильность взаимоотношений. В случае, когда сексуальное расстройство представляет дополнительные выгоды для более Устойчивых брачных взаимоотношений, в ходе лечения можно предвидеть появление интенсивных негативных эмоциональных реакций и сопротивления со стороны одного или обоих членов супружеской пары.

Психосексуальное исследование

Терапевт проводит опрос пациентов с целью получения подробной картины, содержащей детальную поверхностную и глубинную структуру сексуальности супружеской пары. Что возбуждает каждого из них? Что приводит к «угасанию» секса? Каковы фантазии, неосознанные надежды и опасения каждого из партнеров?

Проводится детальный распрос каждого из пациентов о его сексуальных переживаниях. Нормальным ли было его сексуальное развитие? Когда в первый раз испытал эротические переживания? Испытывал ли запрет на проявление сексуальности в детстве? Было ли это связано с неприятными обстоятельствами? В каком возрасте начал мастурбировать? Каковы были вначале эротические фантазии? Что он ощущал при этом? Был какой-либо сексуальный опыт в детстве, который не удалось скрыть? Как в семье отнеслись к мастурбации? Как относились к сексу? Как помнится первый половой контакт? Было ли ощущение приятного возбуждения? Или чувства вины? Она ничего не почувствовала, и на этом вы расстались? Что он делал во время занятий сексом? Какие эротические ощущения, ситуации возбуждали его в прошлом? Когда и при каких обстоятельствах ему удалось достичь удовлетворения? При каких обстоятельствах удалось проявить себя должным образом? Как он переживает оргазм? И как она? Что она чувствует при клиторном возбуждении? Какие вагинальные ощущения испытывает при сношении? Как относится к оральному сексу? Как к возбуждению партнером? Как к тому, чтобы самой орально возбуждать партнера? Как к ощущению спермы во рту? Как ощущаете запахи тела партнера? Что больше всего возбуждает? Какие страхи у вас самые привычные? Что она чувствует по отношению к своему телу? К груди? А как, по ее мнению, он воспринимает ее тело? Она считает, что ей требуется слишком много времени, чтобы достичь оргазма? Может ли он продолжать достаточно долго? У него возникает эрекция от прикосновений к ее телу или нет? Требуется ли физическая стимуляция его пениса? Что она ощущает, когда у него отсутствует эрекция? Что он чувствует, когда у нее нет оргазма?

Основная цель этого опроса — получение предварительного заключения о стратегии терапии. Стратегия секс-терапии в целом заключается в коррекции сексуальных взаимодействий с тем, чтобы устранить страх, чувство вины, тревогу и максимально усилить возбуждение и удовлетворение. Подход к лечению носит индивидуальный характер. Только получив ясное осознание источников стресса и сексуальных неудач пациента, терапевт может проводить вмешательство, в основе которого лежит рационально обоснованный индивидуальный подход.

Предварительное психосексуальное исследование, независимо от того, насколько искусно оно проведено, позволяет лишь выдвинуть гипотезу о структуре и динамике сексотерапевтического лечения. Предварительная гипотеза проясняется и уточняется в ходе лечения. Реакция партнеров на предписанные сексуальные задания приводит к проявлению скрытых нюансов сексуального поведения, которые редко удается обнаружить при первичном обследовании. Я считаю первичное обследование успешным, если чувствую правильность выбора первых сексуальных предписаний в обшей структуре курса лечения. Если некоторые вопросы остаются для меня невыясненными по результатам опроса, я часто использую поведенческий sig* в качестве пробы. Как реагируют супруги на sig чувственного фокусирования? С тревогой, удовольствием, эротическими переживаниями? Очень многое можно узнать из откликов супругов и Их ассоциаций по поводу предписаний. Нередко для более четкого представления и оценки какого-либо случая мне требуется предельно точное описание сексуальных действий супругов.

СЕКСУАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ

Эротические приемы, используемые при различных формах сексуальных расстройств

ЧУВСТВЕННОЕ ФОКУСИРОВАНИЕ I (услаждение)

Термин «чувственное фокусирование» был впервые использован У.Мастерсом и В.Джонсон. Этот термин кажется мне несколько книжным для обозначения деятельности, столь совершенной по красоте и изяществу. Чувственное фокусирование означает, что супруги воздерживаются от полового акта и оргазма в течение нескольких дней или недель. За это время они занимаются любовными играми и нежными ласками. Мне кажется, что слово «услаждение», кстати, также используемое У.Мастерсом и В.Джонсон, подходит здесь лучше. По признанию многих авторитетных клиницистов, приемы услаждения занимают наиболее значительное место в ряду новшеств их лечебной практики.

Способ использования

Как отмечают в своей книге «Сексуальная адекватность человека» У.Мастерс и В.Джонсон *, все супружеские пары, которых им приходилось лечить, независимо от природы и динамики их проблем, начинают практическую часть лечения с упражнений чувственного фокусирования. Как правило, эти упражнения приходятся на третий день терапии, после того как состоялись беседы супругов и терапевта в атмосфере «круглого стола». На меня также произвел глубокое впечатление сильный терапевтический эффект приема чувственного фокусирования. Я также очень активно использую этот прием в своей личной практике, однако применяю его ' более гибко с учетом индивидуальных особенностей. Я предписываю приемы услаждения в том случае, если это оправдано с точки зрения специфики и динамики протекания расстройства. Приемы услаждения, таким образом, не применяются автоматически, как обязательные и стандарт— ные. К примеру, я не рекомендую рутинно и автоматически выполнить зги приемы пациенткам с доминирующим симптомом вагинизма, в случаях с преждевременной эякуляцией, а также всем фригидным женщинам.

При отмеченных расстройствах мной применяются специальные терапевтические приемы (расширение, упражнения Сэманса, самостимуляция), речь о которых пойдет ниже. Прием услаждения используется по обстоятельствам, то есть порядок его применения определяется текущим состоянием пациента и динамикой сексуального нарушения. Так что данный прием вовсе не обязательно является первым этапом курса лечения. Вот некоторые ситуации из моей практики, при которых этот прием можно рекомендовать пациентам: муж уже освоил навыки контроля эякуляции после выполнения упражнений по методу Сэманса; супруги устойчиво избегают тактильных контактов; супруги уделяют излишне много внимания действиям, направленным на достижение оргазма; супруги испытывают чувство тревоги в интимной обстановке. В ряде случаев прием чувственного фокусирования используется довольно часто или регулярно.

Очень часто я предписываю приемы услаждения на начальных этапах лечения импотенции, полной фригидности женщин и частично подавленного оргазма. Эти предписания, однако, также не являются обязательными, так как нередко более результативными оказываются иные виды сексуальных действий. Так, некоторым пациентам со стойким торможением эрекционной функции следует избегать нежного замедленного возбуждения, так как это приводит к нарастанию у них чувства тревоги. В этих случаях я могу использовать другие способы возбуждения, такие как эротические

фильмы, книги и т.п…

Обоснование приема

Механизм чувственного фокусирования до конца не выяснен. Вероятно, существует несколько взаимодействующих процессов, в результате которых эти, на первый взгляд, простые чувственные приемы дают такой неожиданно благоприятный эффект. Воздействие приема можно объяснить в нескольких планах.

Прием услаждения очень часто, но не всегда приводит к снижению напряжения в сексуальном взаимодействии. Каждый партнер свободен от обязательств, согласно которым он/она непременно ожидают адекватную Реакцию в самом(ой) себе или своем партнере. У него нет необходимости иметь эрекцию, а она освобождается от обязанности вызвать ее у своего партнера. Ни ей, ни ему не рекомендуется (терапевт настаивает на этом) Достигать оргазма. При таких условиях неудача практически исключена.

1. Женщина лежа на спине

Кроме того, терапевт авторитетно рекомендует, фактически предписывает доставлять друг другу максимум наслаждений. Подобные установки идеальным способом позволяют снять тревогу пациентов, а результаты упражнений, то есть реакции пациентов, помогают терапевту выбрать последующую адекватную модель терапии. Расслабленное, безмятежное состояние позволяет пациентам побороть свои страхи и опасения. Ожидания тревог, связанных с неудачей и душевной травмой, можно постепенно сводить на нет. При таких обстоятельствах появившееся ощущение радости и наслаждения служит подкреплением и стимулом для адекватного сексуального функционирования.

Кроме обучающего эффекта, упражнения чувственного фокусирования дают огромное внутреннее удовлетворение обоим партнерам, вызывают взаимное сопереживание радости и удовольствия.

Нежные поглаживания и ласки вызывают сильные положительные эмоции у большинства людей при условии, если такие ощущения не связаны с негативным опытом или конфликтом. Положительные эмоции вообще необходимы для всех живых существ. Ласковое поглаживание собаки приносит ответное удовольствие ее хозяину и может использоваться в качестве подкрепления; ласковое отношение к лабораторным животным является хорошо известным приемом их приручения, что столь необходимо в

экспериментальной работе. Клинический опыт свидетельствует о том, что нежная, ласковая тактильная взаимостимуляция усиливает любовные связи между людьми. Вновь обращаясь к животному миру, сошлемся на исследования Харлоу, в которых он установил важность тактильного общения с детенышами шимпанзе, посредством чего они устанавливают эмоциональную связь и общение со своими сородичами. Человек склонен отвечать лаской на ласку. Нежный тактильный контакт усиливает интимную расположенность друг к другу. Но все же следует заметить, что для лучшего понимания реакций супругов на чувственное фокусирование, которое мы наблюдаем в клинике, еще потребуется более тщательная экспериментальная проверка.

Таким образом, чувственное фокусирование — это обучающие упражнения, позволяющие усиливать положительные эмоции партнеров и ослаблять тревогу, что связано с подавлением опасений по поводу возможных сексуальных неудач. Еще одна особенность приемов услаждения проявляется в психодинамике сексуальных проблем партнеров. Любовно лаская друг друга, супруги могут испытать чувства, которых они ранее избегали по причине того, что физическая близость приводила к тревожным состояниям у одного или у обоих партнеров. При нарастании тревоги проис— х °Дит активизация защитных механизмов, которые с ней связаны. В этом случае (за исключением случаев элементарных сексуальных нарушений) °боим партнерам показана психотерапия.

Основная трудность секс-терапии заключается в определении источников отрицательных эмоций. Без такого определения невозможно активное терапевтическое вмешательство в большинстве случаев сексуальных расстройств. В последующих разделах руководства, при обсуждении типичных реакций пациентов на чувственное фокусирование, мы подробнее остановимся на возможных способах решения этой трудной задачи.

Предписания

В случае, когда терапевт открыт для контакта и сам не имеет внутренних конфликтов в вопросах секса и связанных с ним удовольствий, его сообщения, содержащие рекомендации пациентам, в частности, рекомендации, касающиеся приемов услаждения, будут адекватно восприняты супругами. Напротив, пациенты негативно реагируют на скованность или тревожность самого терапевта.

Перед тем, как давать супругам рекомендации, мне для начала необходимо иметь представление об уровне их тревожности, о характере и наличии психопатологии, их социальном статусе и культурном уровне. Каждый терапевт должен выработать свой собственный стиль общения. Я обычно даю рекомендации таким образом.

«Прежде всего, я хочу, чтобы вы на какое-то время воздержались от полового акта и оргазма. Как вы на это смотрите?» (Терапевт должен прореагировать на любые последующие реакции пациентов). «Однако физический контакт у вас будет. Но это будет контакт особого рода. Сегодня вечером, после ужина, когда вы закончите со своими делами, я хочу, чтобы вы приняли душ, а затем легли в постель без одежды. Затем мне нужно, чтобы вы занялись любовными играми и ласкали друг друга. Вначале ласкать ее будете вы». (Выбор того, кто начинает первым, как правило, не существенен, но бывают случаи, когда это крайне важно, это зависит от динамики сексуальной проблемы. К примеру, один из членов супружеской пары не решается попросить для себя ласк и внимания. Если она настолько опасается быть отвергнутой и испытывает такую неуверенность в себе и такое чувство вины, что с большим участием отдает свои ласки мужу, но не способна ничего получить для себя, то (предварительно выяснив это), я прошу

ее начать первой. В этом случае женщина быстрее почувствует себя расслабленной и быстрее отдаст себя удовольствию, потому что оно как бы уже «оплачено». С другой стороны, когда партнер подозрителен и чувствует, что его контролируют и используют, когда ему кажется, что он обязан «служить» своей жене, а его чудесная эрекция не способна возбудить ее, то в этом случае, после тактичного намека на ошибочность его установки, я тоже предложу, чтобы она начинала первой. После того, как он получит должное услаждение, ему легче будет предаться удовлетворению своей жены, не испытывая к ней недобрых чувств.)

2. Женщина лежа на животе

«Вы (к мужчине) ляжете на живот. И тогда вы (к женщине) начнете поглаживать и ласкать его настолько нежно, насколько вы умеете. Начните с затылка, ушей, шеи, затем по спине, по бокам, ягодицам, по внутренним, внешним сторонам бедер. И очень нежно — ноги, ступни… А вы (к мужчине) сосредоточьтесь на своих ощущениях. Это очень важно. Не волнуйтесь, что она устанет или ей надоест. Пытайтесь удержать в сознании эти ощущения. Поддерживайте с ней обратную связь. Если что-нибудь неприятно, если она очень спешит или делает с недостаточным усилием, скажите ей об этом. Если что-нибудь особенно приятно, дайте ей понять, скажите об этом.

«После того, как вы почувствуете, что для этой позы ласк достаточно, перевернитесь на спину. Снова начинайте сверху, с головы, лица, шеи. Медленно и нежно, с максимальным чувством, на которое вы способны, ласкайте его грудь, живот, бока, но на этот раз не прикасайтесь к его пенису. Затем ваша очередь (обращение к мужчине). Вы делаете то же самое, не прикасаясь к соскам, клитору и входу во влагалище. Сосредоточьтесь, сфокусируйте свое внимание на остальных частях тела… Есть у вас какие-нибудь вопросы?»

Реакции на услаждение

Очень важно детально и глубоко проанализировать реакции партнеров на услаждение. Следующий сеанс я обязательно начинаю с вопросов на эту тему. Супруги склонны отвечать кратко: «Было отлично», «Не очень получалось» и т.п. Этого недостаточно. Для получения обоснованного прогноза на последующие предписания необходимо детальное обсуждение и прояснение всех нюансов. Открытое обсуждение само по себе имеет терапевтический смысл, так как облегчает искреннее общение между супругами.

Все предписания «действенного» бихевиорального характера выявляют у пациентов эмоции, о которых они имеют разную степень представления. Эти эмоции, в свою очередь, указывают на различные мотивы сексуальных действий пациентов.

Открытое обсуждение переживаний пациентов помогает прояснить как терапевту, так и им самим всевозможные эмоциональные проявления и » поведенческие нюансы. Для анализа неосознанного смысла этих переживаний, в дополнение к детальному описанию самими партнерами своих эмоций и поведения, я прошу их припомнить те фантазии или сны, которые они, возможно, переживали за последнее время. Сны и фантазии представляют отличное орудие проникновения в сферу неосознанных смыслов и личных переживаний. Клиническое использование полученных результатов во многом зависит от их толкования. В некоторых случаях

3. Мужчина на животе

мне удается провести глубокий анализ ответов супругов; в других случаях возможно только поверхностное толкование переживаний человека и полученные ответы служат для терапевта в качестве вспомогательной, второстепенной информации. В общем и целом, в своем поведении терапевт должен поступать таким образом, чтобы не спровоцировать состояние настороженности, сопротивления у обоих партнеров.

Положительные реакции

Многие супруги положительно реагируют на чувственное фокусирование. Их переживания приносят им истинное удовольствие. Нередко отношения между партнерами становятся более проникновенными, а любовная связь усиливается. Иногда пары, испытавшие положительные эмоции, приходили на следующий сеанс, держась за руки. Иногда супруги с удовлетворением узнают, что они способны приносить друг другу удовольствие только с помощью рук и губ, и им нет необходимости «производить» эрекцию, смазку и непременно совершать половой акт, чтобы достичь взаимного удовлетворения. Обычно переживания, испытанные партнерами, носят скорее чувственный, чем эротический характер. Случается, однако, что пара допускает «непослушание» и переходит к половому акту и/или доходит до оргазма. Такое поведение может быть проявлением сопротивления, рожденного тревожностью, но иногда такой сексуальный энтузиазм является здоровым выражением растущей сексуальной раскрепощенности. Следует еще раз повторить, что только детальное, тактичное и последовательное обсуждение физических и эмоциональных

переживаний может помочь терапевту должным образом оценить реакции пациентов.

Негативные реакции

В том случае, когда реакции являются однозначно положительными, пара получает новые поведенческие предписания, показанные для конкретного случая. Нередко, однако, особенно при наличии той или иной психопатологии или нарушениях во взаимоотношении супругов, чувственное фокусирование приводит к негативным реакциям. Негативные эмоциональные переживания различаются по интенсивности. Эти различия представлены широким спектром: от легких и мимолетных переживаний до крайне напряженных и потенциально разрушительных отношений. Все эти отрицательные реакции должны быть проработаны или преодолены перед тем, как продолжить курс лечения.

Нередко интимная физическая близость позволяет выявить определенную степень беспокойства и дискомфорта. Это особенно характерно в тех случаях, когда такого рода контакты не случались годами, а секс был преимущественно направлен на достижение оргазма. Отрицательные эмоций могут переживаться непосредственно, либо сопровождаться выражением сексуального избегания, резонерства или навязчивых поведенческих стереотипов.

—*У нас не было времени этим заняться,… только один раз…*

—*Это было слишком механически…*

—*Мы это делали, но было глупо, скучно, щекотно и… вообще…*

—*Мне нравилось это с ним делать, но я чувствовала беспокойство, когда он меня ласкал.*

—*Мне казалось,что у нее рука устала. Я не мог расслабиться. Мне показалось, что ей вот-вот надоест.*

—*Когда у него поднялся, мне показалось, что он должен кончить или он разочаруется.*

—*Я просто не могла сосредоточиться и все думала о детях, ужине.*

—*Я чувствовала себя ужасно. Я такая толстая. Мне казалось, что я ему отвратительна.*

—*Я просто не могла позволить, чтобы он меня касался.*

—*Мне все время было любопытно, будет у меня эрекция или нет.*

—*Он такой неумеха. Мне было щекотно и не понравилось. Он просто паршивый любовник.*

—*Мне что, надо это все пройти, чтобы получить удовольствие? У других женщин оргазм получается и без этой ерунды.*

Причины негативных реакций

Взаимное услаждение может спровоцировать негативные реакции, например, тревогу или недобрые чувства (гнев, раздражение). Причин для негативных реакций может быть множество.

В том случае, если человек пережил глубокий конфликт в период формирования, он ограждает себя от дополнительных конфликтов созданием специфических защит. Он испытывает отчуждение и избегает интимной близости. Такой пациент переживает глубокое беспокойство и неприязнь, если услаждение, неизбежно сопровождаемое эмоциональной вовлеченностью и любовью, угрожает его внутренней защите.

Чувство вины по поводу получения удовольствия вообще и сексуального удовольствия в частности, характерно для нашего общества. При физических ласках и проявлениях нежности появляющееся чувство удовольствия вызывает у некоторых людей ощущение вины

и греховности, а оно порождает защитные реакции. Необходимо проработать это чувство на сессии, чтобы успешно продолжать лечение и, в конечном счете, чтобы получать удовольствие от свободного и нормального секса.

4. Мужчина на спине

Враждебность по отношению к супругу/супруге может сводить на нет Удовольствие от секса. Если человек проявляет устойчивую амбивалентность или чувствует себя неравноправным, понукаемым, ощущает себя как жертву, в этом случае возникает стойкое нежелание расточать ласки в отношении другого члена супружеской пары. В действиях такого партнера, если он/она выступает в роли ласкающего, заметны нерешительность, неуклюжесть, скованность и, в какой-то степени, упрямство и нежелание. Иные враждебно настроенные или амбивалентные партнеры сами не позволяют возбуждать себя. Возбуждение для таких людей равносильно вмешательству, посяганию на личность, чему они склонны стойко противостоять.

Чувственное фокусирование нередко вызывает страх быть отвергнутым. Некоторые партнеры считают, что если они не отдают свои усилия, то их обязательно отвергнут. Они не в состоянии просить ласк и удовольствий для самих себя. Такие люди склонны к навязчивому думанию «не о том»: о своей непривлекательности, о том, что супругу(е) неинтересно этим заниматься; о списке покупок, налоговых обязательствах и тому подобном. И эти мысли приходят в то самое время, когда к ним обращены любовные ласки.

Коррекция этих навязчивых защитных реакций включает конфронтацию тревожного пациента с источником его тревог, а также аналитическое толкование неосознанного смысла его тревожного состояния. Полезны бывают специфические поведенческие модели. К примеру, пара получает следующую установку: тревожный пациент (к примеру,супруга) должна попросить исполнить то, что она в данный момент желает, а партнер должен выполнить только то, о чем его просят. Партнеров также просят в момент выполнения своих действий обмениваться своими мыслями и переживаниями. Таким способом она узнает, что не будет отвергнута, когда «осмеливается» о чем-либо попросить партнера. Она приучается к мысли о получаемых удовольствиях, как к должному. И на этот раз возможная тревога и защитные реакции, возникающие при удовлетворении желаний пациентки, становятся предметом терапевтического рассмотрения.

Рассмотренное выше упражнение построено таким образом,, чтобы исключить

переживание неуспеха, однако приемы чувственного фокусирования все же нередко приводят к страху неудачи. Неуверенный партнер переживает опасения по поводу своей неуклюжести, нечувствительности и неспособности доставлять удовольствие. Поддержка и коррекция его сексуального опыта снимают некоторые барьеры, мешающие ему полностью отдать себя сексу.

И, наконец, чувственное фокусирование нередко приоткрывает глубокие невротические страхи и стойкую защиту перед проявлениями сексу-юности. Для мужчин физический контакт с женщиной иногда сопряжен с бессознательными страхами, в частности, со страхом физической травмы. Источником подобных страхов может оказаться комплекс кастрации, корни которого уходят в раннее детство пациента. Нередко человек опасается и того, как бы нежные поглаживания и касания не вызвали к жизни его гомосексуальные, садистские или мазохистские влечения.

Терапия

Негативные реакции на чувственное фокусирование со стороны одного или обоих партнеров составляют препятствие на пути дальнейшего лечения, вот почему их необходимо проработать (преодолеть) или обойти (избежать). Если негативные реакции проявляются сравнительно умеренно, то в этом случае достаточно обычного повторения упражнений в сочетании с аналитической беседой и консультированием.

«Как вы думаете, вам не было немного неспокойно, когда вы вдруг стали думать о своей стенокардии? Поначалу всегда это так естественно. Вы просто никогда раньше не позволяли себе такой интимной близости».

Более глубокие тревожные состояния, близкие к паническим или связанные со страхом физической травмы, требуют психоаналитического вмешательства. Конфликты в этом случае должны быть в той или иной степени разрешены: без этого невозможны какие бы то ни было положительные эмоции. Сопротивление услаждению часто ассоциируется с невротическими страхами по поводу «должного» исполнения своих сексуальных действий. В этих случаях сопротивление, как правило, успешно преодолевается. Однако нередко, в случае когда сам процесс чувственного фокусирования, а не результат, вызывает тревогу, негативные аспекты процесса можно обойти, а не устранять, и перейти непосредственно к другим стадиям лечения. Так, к примеру, если муж проявляет беспокойство по поводу физического прикосновения и близости при отсутствии у него серьезного сексуального конфликта, терапевт может проигнорировать чувственное фокусирование и перейти к заданиям, непосредственно связанным с половой активностью.

ЧУВСТВЕННОЕ ФОКУСИРОВАНИЕ II
(генитальное услаждение)

Чувственное фокусирование II является следующим этапом одного и того же типа упражнений. Нередко, однако, терапия начинается с этого второго этапа. После того, как пара успешно справилась с взаимным услаждением, и в том случае, если терапевт посчитал целесообразным обойти этот первый этап, партнерам предписываются упражнения генитально-го услаждения. Суть этих упражнений заключается в нежной соблазнительной стимуляции половых органов, при этом имеется одно важное условие: возбуждение не должно приводить к достижению оргазма.

«Я хочу, чтобы вы по очереди попробовали по -разному ласкать половые органы партнера. Вначале ласкайте все тело. Продолжайте ласки до тех пор, пока вы не почувствуете возбуждение. Поиграйте с его пенисом. Нежно позабавляйтесь с его кончиком, стволом, мошонкой. Затем переходите к другим частям тела. Делайте то, что ему нравится. Поласкайте его живот, уши, бедра. Затем снова вернитесь к половому члену. Делайте это пальцами или губами, как нравится вам или ему. Как вы относитесь к тому, чтобы делать это ртом?»

5. Поза для возбуяадение клитора и влагалища по методу У.Мастерса иВ.Джонсон

(Отношение к оральному сексу следует прояснить отдельно на каком-то этапе терапии. Эта тема является эмоционально острой и порой вызывает у пациентов желание уйти от ее обсуждения. Однако этот вопрос должен быть поставлен перед пациентом, так как отношение к данной форме может таить в себе преграду к нормальным открытым взаимоотношениям и стать потенциальным источником тревоги. Бывает.что и супруги, и терапевт имеют предвзятое отношение к оральному сексу. Некоторые считают эту форму отвратной, вызывающей сильные негативные ощущения. По их мнению, здоровый в сексуальном смысле человек не требует подобной «излишней» стимуляции. Существуют и противополож ные мнения, согласно которым оральный секс признается необходимым компонентом полноценной сексуальной жизни. А те люди, которые предубежденно относятся к этой форме, согласно этим мнениям, являются заторможенными невротиками, которым следует помочь в преодолении этого предрассудка для полноценного наслаждения

сексом. Фактически нет никаких доводов в пользу как одной, так и другой точки зрения. Некоторые люди удовлетворены своей половой жизнью, в которой нет места оральному сексу. Оральная стимуляция, конечно, не является обязательным приемом или неизменным результатом секс-терапии.

Но с другой стороны, оральный секс как для возбудителя, так и для возбуждаемого может принести удивительно тонкое переживание удовольствия и удовлетворения. Такого мнения придерживается большинство нормальных супружеских пар. Нередко в ходе секс-терапии оральный секс, находившийся ранее в подавленной форме, активизируется к удовольствию обоих партнеров. Наиболее сложной терапевтической ситуацией является та, при которой один из партнеров страстно желает орального возбуждения, а другого эта форма отталкивает и вызывает у него (нее) чувство вины. Зачастую такая тупиковая ситуация содержит в себе «вход» для эффективного терапевтического вмешательства, результаты которого порой приводят не только к улучшению, но и к полной гармонии и нормализации половой активности.)

«Я хочу, чтобы ритм ваших действий был „шаловливым“ и немонотонным. Не нужно ритмических и побуждающих движений, которые могут привести к оргазму. Если у него нет эрекции, это нормально. Ему все равно приятно. Если есть, поиграйте с его членом какое-то время, а затем займитесь другой частью тела. Не беспокойтесь, если эрекция ослабнет. Это естественно и нормально. Если вы не будете на это обращать внимание, она снова появится. Постарайтесь не отвлекаться (обращение к мужчине) во время ласк. Сосредоточьте внимание на своих чувствах. Получайте от них наслаждение.

«Затем поменяйтесь ролями. Я хочу (обращение к мужчине), чтобы вы занялись играми со всем ее телом. Затем, когда вы чувствуете, что она готова, или она сама вам об этом скажет, ласкайте ее груди. Целуйте и нежно покусывайте ее соски. Поиграйте с лобковыми волосами у клитора. Не начинайте прямо с клитора. Вначале касайтесь входа во влагалище. Не следует сразу вставлять палец во влагалище. Большинству женщин это не нравится. Мягко прикасайтесь к клитору. Затем перейдите на какой-нибудь другой участок тела и снова вернитесь к клитору. Будьте предельно нежным и чувствительным. Пытайтесь (обращение к женщине) дать ему хоть немного обратной связи. У него нет иного способа оценить, что вам нравится. У мужчин есть эрекция, а женщина возбуждается внутренне. Он не может определить для себя, „где вы, как вам сейчас?“, пока вы сами ему об этом не скажете. Подскажите ему, что вам нравится. Чтобы почувствовать удовольствие, необходимо обязательно сообщать о том, что вам нравится в данный момент. И в этом случае (обращение к мужчине) также не следует делать ритмических потираний и поглаживаний, так как это может привести к оргазму. В самих прикосновениях и поглаживаниях уже заключено достаточно наслаждения. Для того, чтобы получить удовольствие, не обязательно испытывать оргазм».

6. Поза для возбуждения мужчины без достижения эрекции по методу У.Мастерса и В.Джонсон

7. Касания женщины к эрегированному пенису

Для выполнения этих упражнений можно воспользоваться позами, изображенными на рис. 5-8. Особенно удачными, по признанию некоторых пациентов, являются позы, изображенные на рис. 7 и 8. Некоторые пары предпочитают собственные, удобные для них позы.

Реакции

Многие лица с сексуальными нарушениями, проявляющимися при попытке совершить половой акт или добиться оргазма, испытывают огромное эротическое наслаждение в ходе генитального услаждения. Это не удивительно, так как сексуальная ситуация построена таким образом, что многие источники страха и напряжения устранены. Ни один из партнеров не обязан проявлять свои возможности. Партнеры меняются ролями, так что реакция одного из них не зависит от состояний другого. Когда навязанная цель «должного», заданного выполнения действий заменяется переживанием обычной человеческой радости и наслаждения, в сексуальной ситуации исчезает напряженность, а это открывает выход свободному проявлению эротического отклика. В результате мужчина, еще не успевший осознать степень своего возбуждения, несколько раз добивается эрекции. А женщина может

переживать интенсивное эротическое чувство первый раз в своей жизни или, что более типично, в первый раз с тех пор, как она когда — то получала предваряющие половой акт ласки. У нее появляется любрикация, и она желает полового акта. Как и на этапе чувственного фокусирования I, на этом этапе супруги нередко «нарушают» предписание. Такое нарушение может оказаться как здоровым, нормальным проявлением, так и проявлением сопротивления — это зависит от конкретного эмоционального состояния пациентов.

Если реакция на генитальное услаждение является положительной, можно переходить к следующим этапам лечения — внекоитальному оргазму или собственно половому сношению. Как всегда, предписания являются индивидуальными. Терапевтическую сложность представляют часто возникающие на этом этапе негативные реакции.

Негативные реакции

Генитальное услаждение может приводить к специфическим типам эмоциональных откликов у одного или у обоих членов супружеской пары. Если чувственное фокусирование I чаще всего вызывает беспокойство по поводу интимной близости и доверия друг к другу, мнительность, переживания по поводу негативного восприятия собственного тела, то при ге-нитальном услаждении мы, как правило, имеем дело со специфическим состоянием тревоги, связанным именно с сексом. Тревожность и стыд могут быть вызваны самими ласками, а могут быть связаны с сотнями разнообразных реакций защиты и избегания. Интенсивность негативных реакций зависит от глубины конфликта конкретного лица. Супруги могут не осознавать, что безразличие, навязчивые мысли во время услаждения (например, размышления о последней телепередаче) и другие факторы, мешающие им сфокусировать свое внимание, являются проявлением их защитных реакций. При наличии подобных проявлений мы проводим совместное обсуждение во время очередного сеанса. Глубина анализа и проникновения в бессознательное для определения источников конфликта зависит от индивидуального стиля и клинического опыта каждого терапевта. Я пытаюсь проводить анализ на достаточно глубоком бессознательном уровне и при этом стараюсь не спровоцировать действие защитных механизмов пациентов. Другие терапевты, также получившие успешные результаты лечения, предпочитают проводить анализ на поверхностных сознательных уровнях.

К примеру, если пациент жалуется, что в момент, когда жена ласкала его пенис, он начал думать о бизнесе, имеет место защитное торможение в ответ на восприятие пациентом сексуальной ситуации. Такая защита рассчитана на подавление возможного чувства тревоги.

ТЕРАПЕВТ: У вас есть какие-нибудь предположения о том, что может вызвать у вас тревожное состояние? Что вы чувствовали, когда стали все осмысливать и думать о постороннем?

МУЖЧИНА: Было приятно. Мне показалось… Затем я подумал, что об этом думать не стоит, […] ведь врач сказал, что нужно сфокусировать внимание на ощущениях… Яне знаю. […] Я часто думаю о бизнесе во время секса.

Позже выяснилось, что пациент имел привычку ограждать себя от «греховных мыслей», когда, будучи верующим молодым человеком, он ст олкнулся с определенными проблемами в школе. В ходе проведенного анализа и интерпретации он пришел к пониманию того, что его конфликт возник на почве мастурбации. Неудивительно, что его текущая сексуальная активность стала поводом к проявлению прошлого стыда и тревоги, а также послужила

стимулом к активизации защитных механизмов. В ходе терапевтических сеансов его ранняя мастурбация получила новую оценку в позитивном плане как знак здоровой борьбы с попытками окружения подавить его нормальную сексуальность. Эта поддержка и тренинг помогли е му осознать стыд мастурбации и избавиться от него. Без должной и заинтересованной поддержки такого рода щепетильные нюансы с трудом поддаются устранению за время коротких терапевтических сеансов. К тому же терапевт едва ли может рассчитывать на долговременные доверительные отношения, которые позволили бы противостоять тревоге, вызванной бессознательным комплексом.

8. Касания мужчины к соскам женщины

Генитальное услаждение часто вызывает отрицательные эмоции и защиту по поводу внешнего вида, запахов и секреторных выделений половых органов партнера и своих собственных. Эта тема открыто «прорабатывается» во время терапевтических сеансов. Такое открытое обсуждение табуированных или ранее вызывавших стыд вопросов имеет огромное значение для более совершенного и надежного общения партнеров. Это обсуждение выходит за пределы непосредственных целей секс-терапии.

К таким реакциям относится чувство вины и стыда, которое человек испытывает, когда он переживает удовольствие и когда становится внешне заметно, что ему на самом деле приятно. Сюда же относится чувство скрытой враждебности к партнеру, а также страх быть отвергнутым партнером. Первые две из отмеченных реакций уже обсуждались в связи с негативными откликами на чувственное фокусирование I. О реакции страха быть отвергнутым подробнее будет сказано в связи с обсуждением лечения импотенции и фригидности. Заметим также, что на более глубоком невротическом уровне генитальное услаждение может привести к «обнажению» тревог, связанных с комплексом кастрации, гомосексуальными конфликтами и угрожающими проявлениями садомазохистских импульсов.

Терапевтические стратегии

Повторение, инсайт (неожиданная догадка, ведущая к осознанию) и «коллатеральное» преодоление — вот три основных способа, используемых терапевтом для воздействия на негативные реакции, которые возникают при выполнении любого из предписываемых заданий, включая генитальное услаждение.

Если тревожность и защитные процессы носят невыраженный характер, обычного

повторения в сочетании с аналитическим толкованием и поддержкой, как правило, достаточно для того, чтобы преодолеть текущее Негативное состояние и продолжить курс лечения.

«Возвращайтесь домой и попробуйте повторить еще раз. Расскажите Щ» о том, что именно вам больше всего нравится, когда он к вам прикаса— ег пся. За несколько недель, конечно, непросто избавиться от беспокойства, которое было у вас всю жизнь. Но на этот раз вы, скорее всего, почувствуете себя лучше, более расслабленно».

Если чувства «зашли» слишком глубоко, я пытаюсь вызвать инсайт, Это делается только в тех случаях, когда взаимоотношения и душевные состояния пациентов достаточно исследованы, так что толкования бессознательного позволяют проникать на тот или иной уровень подсознания и помогают пациенту делать те или иные открытия без ненужной активизации защитных процессов. /

В случае стойкой и глубокой психопатологии, когда нет реальной надежды на быстрый положительный результат, я пытаюсь «обойти» (т.е. преодолеть «коллатерально») тревожное состояние пациента. Я делаю попытку «погасить» защитную реакцию пациента на проявления сексуальности и активизировать реакцию защиты на связанную с сексуальностью тревогу. Вначале пациенту объясняют, что его навязчивые идеи являются проявлением его тревожного состояния. Пациенту дается установка на время стать «эгоистом» и сосредоточиться исключительно на своих ощущениях.

«Почувствуйте себя эгоистом, а потом она почувствует себя так же. Если хотите стать активным, то вам необходимо заниматься только своими чувствами и только своими переживаниями. Так все делают. И она тоже».

В этот момент я нередко «подталкиваю» супругу к тому, чтобы она рассказала о своих эгоистических настроениях, то есть о ее способности предаться своим чувствам, фантазиям по мере того, как у нее нарастает сексуальное возбуждение. Такой обмен информацией позволяет быстрее раскрепостить сексуально скованного супруга.

Еще один отличный «коллатеральный» способ преодоления сопротивления пациента заключается в использовании фантазий во время возбуждения. О привлечении фантазий в курсе лечения речь пойдет в последующих разделах, в связи с обсуждением расстройств оргастической функции у мужчин и женщин.

И, наконец, сопротивление можно обойти, своевременно изменяя предписания. Например, если стимуляция половых органов мужчины вызывает у него чрезмерное беспокойство, ему предписывается только возбуждать ласками свою супругу и довести ее до оргазма в течение следую' щей недели. Ситуация, при которой жена испытывает возбуждение, а му* некоторое разочарование, может впоследствии привести к незаметному преодолению его тревог и, в конечном счете, к нормальной половой активности.

Эротические приемы, используемые при специфических формах сексуальных расстройств

ФРИГИДНОСТЬ -ЖЕНСКАЯ СЕКСУАЛЬНАЯ БЕЗОТВЕТНОСТЬ (ареактивность)

Сексуально ареактивная женщина не испытывает эротических ощущений или сексуальных удовольствий. Она не проявляет физиологических признаков возбуждения (во время возбуждения или полового акта у нее отсутствует любрикация). Ее сознательное отношение к сексу изменчиво. Она может относиться к сексу с отвращением, нейтрально, а иногда даже наслаждаться физическим контактом.

К счастью, полностью ареактивные женщины встречаются редко. К счастью, потому что их лечение представляет огромную сложность. Судя по нашему опыту, полная фригидность женщины, то есть ситуация, при которой женщина во всех случаях общения с мужчиной проявляет фригидность, представляется одним из самых сложных случаев клинических расстройств с самым пессимистичным сексотерапевтическим прогнозом. Прогноз становится более обнадеживающим, если женщина ранее, в определенных ситуациях, проявляла сексуальный отклик, но фригидна по отношению к своему мужу в настоящее время. Но даже при ситуационной или частичной фригидности требуется, однако, интенсивная психотерапия. Она проводится с тем, чтобы подготовить пациентку к более эффективному воздействию сексотерапевтического лечения. Однако даже в этом, более сложном случае, при котором требуется разрешение супружеских конфликтов на бессознательном интрапсихическом уровне, предписанные сексуальные задания могут играть крайне важную роль в общем курсе терапии. Как правило, приемы секс-терапии не используются до тех По Р, пока пациентка не разрешила свой основной конфликт в курсе психотерапевтического лечения. Иногда, однако, сексотерапевтические приемы и задания используются наряду с параллельно проводимой психотерапией для того, чтобы ускорить разрешение проблем пациентки и устранить преграды, мешающие активному терапевтическому воздействию.

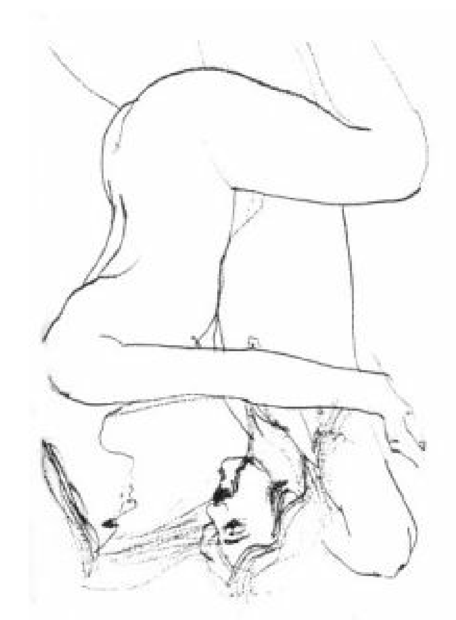
Психодинамика фригидности выражается в следующих основных проявлениях. У женщины возникает бессознательный конфликт, мешаю, щий ей переживать удовольствие от контакта с мужчиной. Как правило, данная форма расстройства связана не с единичным конфликтом, а про. является как синдром. К проявлениям этого расстройства относятся страхи, связанные с Эдиповым комплексом, враждебность по отношению к мужчинам вообще или к конкретному мужчине, страх быть отвергнутой, если она позволит себе «внутренне расслабиться»; беспокойство по поводу «должного» исполнения своих сексуальных действий, чувство стыда по поводу проявлений эротичности и т.д. Специфические механизмы защиты, характерные для фригидных женщин, фактически не позволяют им проявлять свою сексуальную реакцию. Женщины либо избегают получения адекватной стимуляции со стороны мужчины, либо, в том случае, если она не препятствует

своему любовнику возбуждать ее, у нее формируется механизм перцептивной защиты, препятствующий получению удовольствия от этого возбуждения. Она, в буквальном смысле, не позволяет себе переживать какие бы то ни было эротические ощущения. Она неосознанно запрещает себе какой бы то ни было сексуальный отклик и не позволяет себе предаваться сексуальным переживаниям.

Терапевтическая стратегия

Основная терапевтическая стратегия заключается в таком структурировании сексуальной ситуации, которое позволило бы женщине адекватно реагировать на стимуляцию в то время, когда она находится в расслабленном, безмятежном и любовном состоянии. В такой ситуации она должна научиться восстанавливать свои эротические ощущения, которые долгое время были подавлены механизмами защиты. Но в этом случае создание устойчивых взаимоотношений между партнерами также требует серьезного психотерапевтического вмешательства. С учетом сказанного, в Корнелльс-кой клинике сексуальной терапии нами используется следующая традиционная (но не стандартная) последовательность лечения женщин с полной фригидностью:

1) чувственное фокусирование I,
2) чувственное фокусирование II,
3) необязывающий коитус,
4) сношение с оргазмом.



9. Женщина сверху — необязывающие движения

У этой категории пациенток преобладает негативная реакция на упражнение чувственного фокусирования, что необходимо учитывать в курсе секс-терапии. Эти упражнения предписываются женщинам, если из сексологического анамнеза следует, что женщина ранее, в добрачный период, испытывала повышенную возбудимость в ситуации предварительных ласк и при петтинге. В этом случае эти упражнения следует проводить в одежде, что позволило бы женщине спокойно, без излишнего опасения воспринимать сексуальную ситуацию.

Необязывающий коитус

В оптимальном случае это упражнение выполняется при условии, если женщина проявляла положительную реакцию на упражнения чувственного фокусирования, описанные в предыдущих главах. Однако если прикосновения к половым органам вызывают

у нее непреодолимое сопротивление, то одним из способов обойти это сопротивление является упражнение необязывающего коитуса.

Супружеская пара получает установку на взаимные ласки до получения нормальной эрекции у мужчины и определенной степени любрикации у женщины. Если у женщины отсутствует достаточная вазогиперемия, мужчине предлагается смазать пенис вазелином.

Затем женщина занимает позу сверху. Она вводит член во влагалище, после чего некоторое время отдыхает, чтобы освоиться с ощущением эрегированного фаллоса. После этого она делает несколько мускульных сжатий (лобково-копчиковая мускулатура), чтобы привыкнуть к ощущениям в вагинальной области. Эти ощущения могут оказаться для женщины совершенно незнакомыми. Далее она совершает медленные движения «вверх-вниз» по члену мужчины. Она «забавляется», экспериментирует с различными фрикционными и поступательными движениями. Она движима исключительно собственными ощущениями и не обращает внимания на партнера. Она должна временно забыть о его ощущениях и состояниях. С ее стороны требуется на какое-то время определенная доля эгоизма, что позволило бы ей оценить и осознать собственные вагинальные ощущения.

Мужчина как бы отдает во временное пользование свой эрегированный член, и при этом он заинтересованно, с участием ободряет и поош-ряет женщину в ее действиях. Если мужчина ощущает приближение У себя оргазма, он предупреждает об этом супругу и пара делает небольшой перерыв для отдыха. На это время можно оставить член во влагалище. Такой прерванный коитус дает женщине приятное сладострастное ощущение и обостряет ее возбуждение.

За время перерыва для отдыха паре обычно предписывается воздер' жаться от возбуждающей стимуляции. В ряде случаев мужчина стимулирует клитор, а в других случаях ей рекомендуется проводить в это время самостимуляцию.

Упражнение заканчивается, когда она утомлена или достигает оргазма. (На этом начальном этапе терапии оргазм встречается крайне редко.)

Как правило, конец упражнения обусловлен усталостью женщины, а также достаточным (для нее) опытом вагинальных ощущений. Иногда мужчина испытывает настоятельный позыв к эякуляции и не может продолжать без оргазма. И тогда, в любом случае, он доводит свое возбуждение до оргазма в ходе сношения, либо экстраваганально.

Иногда, выполняя это упражнение, даже мужчина с нормальной потенцией может потерять эрекцию. Причин для беспокойства здесь нет, и эрекция может быть легко восстановлена с помощью дополнительной стимуляции. Способы восстановления потенции в других случаях будут рассмотрены в отдельной главе, посвященной расстройствам эрекционной составляющей.

Ясно, что для упражнений необязывающего коитуса требуется сексологически нормальный партнер-мужчина, то есть мужчина с определенным «запасом» потенции и хорошим контролем эякуляции.Этот пример еще раз показывает, почему для секс-терапии так важна взаимная «кооперация» и участие именно супружеской пары. Без такого участия не обойтись во всех случаях, даже если ни один из партнеров не является причиной и стимулятором сексуального недуга у другого.

Реакции на необязывающий коитус

На это упражнение у женщин возникает полный спектр различных реакций: огромное удовольствие и возбуждение, а иногда оргазм; обострение и усиление вагинальных

ощущений, пробуждение любовных переживаний; но также и негативные проявления в форме анестезии или еще более глубоких эмоциональных потрясений.

Мужчины также крайне разнообразно реагируют на это упражнение. Некоторые мужчины воодушевлены возможностью помочь своей жене, и они охотно, с удовольствием и даже гордостью «предоставляют» свой эрегированный фаллос для этой цели. При этом они сами получают сексуальное удовольствие и удовлетворение. Другие мужчины проявляют негативные реакции, выражающиеся в тревожности и/или враждебности, ведь в этой ранее не испытанной ситуации женщина берет на себя контроль над происходящим и проявляет повышенную активность и эгоцентризм. Негативные реакции мужчин дают полезный материал для психотерапевтического анализа.

При положительных реакциях супруга переходят к регулярному коитусу. — Негативные реакции требуют анализа и коррекции.

Многие женщины с подавленной сексуальностью чрезмерно озабочены удовлетворением своего партнера в ущерб самим себе. Такое «благотворительное» отношение женщины имеет две стороны. Положительную сторону составляет, например, чуткость к партнеру, бережное отношение к его чувствам. Негативная сторона проявляется в деструктивных невротических состояниях, связанных с вынужденным подавлением своих чувств и обязательством ублажать и служить, что, как правило, вызывает у женщины состояние тревоги. В таком служении угадывается мазохистская модель поведения в отношении к противоположному полу. В этом поведении заложена глубокая тревога. Как правило, мазохистски ориентированные лица страдают укоренившимся ощущением самоотвращения. Женщина не может поверить, что привлекательный мужчина в состоянии полюбить ее и принять ее такой, как она есть, во всей полноте ее сексуальных, эмоциональных и личностных проявлений. Она чувствует обязанность постоянно служить, приносить ему удовольствие. Она не может позволить себе расслабиться и принимать наслаждение. Такие лица, как женского, так и мужского пола, переживают огромные трудности, не позволяющие им предаться эротическому удовольствию. А, как неоднократно отмечалось, именно умение предаваться наслаждению составляет важную предпосылку сексуальной активности человека.

Муж, часто неосознанно, заинтересован в этом пассивном поведении жены, и он незаметно способствует его фиксации. Он позволяет ей служить, приносить ему удовольствие и ублажать себя. Такое поведение позволяет глубоко неуверенному в себе мужчине не выставлять наружу собственные проявления тревоги.

Определенная степень сексуального мазохизма, проявляемого не в самых резких его формах, а в форме самопожертвования, вообще характерна для нашей культуры, в которой доминирует мужчина. С самого детства нам прививается мысль, что сексуальное наслаждение — это прерогатива мужчин. Женщине надлежит делать все возможное, чтобы быть обаятельной и должным образом ублажать мужчину. За ней остается право не на удовольствие для себя, но только на служение мужчине.Некоторые женщины выходят за пределы этого культурного мазохима и идут еще дальше: они развивают в себе мазохизм психологический с особо подчеркнутым обязательством отдавать, не требуя и не принимая ничего взамен. Такое поведение закладывается еще в детстве, и в результате мы наблюдаем искаженный импринтинг раннего опыта и невротическую адаптацию женщин к этому опыту детства.

Упражнения необязывающего коитуса очень часто выводят наружу стереотипы

мазохистского поведения, поведения, которое служит неосознанным потребностям как мужчины, так и женщины. В ходе выполнения этих упражнений контроль переходит к женщине. Такой контроль направляет активность в русло, желаемое для женщины: она, хоть и временно, но игнорирует принцип бескорыстного ублажения мужчины. С учетом одновременного воздействия множества отмеченных факторов неудивительно наблюдать обострение, тревогу и активизацию механизмов защиты, сдерживающих эту тревогу. Состояние тревоги после выполнения упражнений необязывающего коитуса нередко приходится наблюдать как у мужчин, так и у женщин.

Справиться с этими резистентными состояниями помогает повторение заданий и активная психотерапия. Целью терапевтического вмешательства является выявление, преодоление и, что крайне важно, коррекция уровня самооценки личности в сторону его повышения. Кроме того, крайне важно предвидеть возможные «сопряженные» психопатологические проявления со стороны мужа. Далеко не всегда мужья и партнеры невольно способствуют подавлению удовольствия у своих жен. Многие из них были бы счастливы ответным проявлениям своих жен. Ряд неуверенных в себе мужчин, однако, испытывают неосознанное удовлетворение от проявлений мазохизма своих жен. В этих случаях необходим психодинамический тренинг, в противном случае имеется вероятность, что партнер будет бойкотировать последующее лечение. Проблема должна быть разрешена полностью или преодолена «коллатерально». Коллатеральный путь является в данном случае скорее психотерапевтическим, чем бихевиоральным. (Ведь очевидно, что нельзя предложить обходной путь для полового сношения). В случае, когда садомазохистские проявления крайне устойчивы и не поддаются коррекции в ходе кратковременных сексотерапевтических сеансов, можно использовать следующий «обходной» способ. Супругам в тактичной форме предлагается сохранить все личностные проявления своих взаимоотношений, но при этом следовать сексологическим предписаниям, то есть фактически активно заниматься сексом. Они могут вступать в перебранки, выяснять отношения, если того пожелают, но за пределами спальни.

Страх быть отвергнутой — еще одна типичная причина фригидности женщин, особенно в случае ситуационных расстройств. Некоторые лица способны очень хорошо диссоциировать сексуальные и аффективные реакции. Они получают наслаждение от половой активности и демонстрируют отличное исполнение сексуальных действий, даже если равнодушны или негативно настроены по отношению к своему партнеру. Однако многие, и это особенно относится к женщинам, не способны к такой манере поведения. Некоторые фригидные женщины, обращающиеся за помощью к секс-терапевту, даже не осознают своей враждебности или, в лучшем случае, амбивалентности по отношению к своим мужьям. Женщина чувствует себя рассерженной, обманутой, используемой как орудие, и в то же время она совершенно не осознает своей враждебности, которая, однако, и подавляет ее сексуальный отклик в отношениях с мужем. В одних случаях страх быть отвергнутой можно преодолеть «коллатерально» с помощью определеных поведенческих моделей, и женщина развивает в себе сексуальный отклик, несмотря на свою амбивалентность. В других случаях проявления враждебности становятся непреодолимым препятствием, и требуется психотерапевтическое вмешательство еще до того, как у женщины могут возникнуть ответные реакции в ходе выполнения сексотерапевти-ческих упражнений. Сходные проблемы, требующие психотерапевтического вмешательства, возникают в случае неосознанных сексуальных конфликтов, производных от Эдипова

комплекса, чувства вины по поводу сексуального наслаждения.

Оргазм

В случае, когда игровые упражнения необязывающего коитуса приводят к появлению у женщин эротического отклика, пары получают установку на сношение, приводящее к достижению оргазма у обоих партнеров. Иногда это приводит к оргазму только у женщины. Иногда нет, и в этом случае предписываются другие приемы, ускоряющие наступление оргазма.

Как правило, на начальных этапах секс-терапии нет необходимости форсировать реакцию оргазма у фригидных женщин. Целью терапии на данном этапе является общее усиление ответной реакции. Целенаправленная ориентация на оргазм, как ни парадоксально, нередко становится сдерживающим, а не ускоряющим фактором в ходе секс-терапии. Однако в тех случаях, когда холодность и безответность женщины является вторичным проявлением ее повторяющихся неудачных попыток достичь оргазма, тогда предписывается выполнение специальных упражнений. Их описание предложено в следующей главе, посвященной нарушениям функции оргазма.

Упражнения лонно-копчиковой мускулатуры

По утверждению доктора Арнольда Кегеля, слабость и малоактивное использование лонно-копчиковой мускулатуры — это одна из характерных причин женской фригидности. Он и его ученики активно применяют упражнения, развивающие этот тип мускулатуры. Эффективность этих процедур еще не получила систематической оценки. Однако в этих упражнениях, несомненно, содержится рациональное звено, и поэтому они применяются многими секс-терапевтами.

10. Мужчина сзади, лежа — касания клитора

Проприоцептивные ощущения околовагинальной мускулатуры являются важным источником сладострастных эротических переживаний. К тому же, физиологический субстрат женского оргазма включает сокращения луковично-губчатой и лонно-копчиковой мускулатуры. Отсюда делается вывод о том, что улучшение тонуса этих мышц способствует более бурному и сладостному протеканию оргазма.

Если вагинальное обследование или эмпирический анализ указывают на вялость или атрофию указанной мускулатуры, пациентке предписывается один или два раза в день проводить упражнения кратного сокращения лонно-копчиковой мускулатуры. Если у

пациентки отсутствует такой внутренний образ, ей также рекомендуется периодически прерывать и продолжать мочеиспускание. Упражнение по сжатию мышц можно проводить во время занятий обычными каждодневными делами. Это способствует формированию внутреннего образа, отражающего работу этой группы мышц. Если у пациентки отсутствует такой внутренний образ, ей также рекомендуется периодически прерывать и продолжать мочеиспускание. Прибор, называемый перинеометр, позволяет женщине проводить сокращения мускулатуры в ответ на регулируемое внугривагинальное противодействие, измеряемое манометром. Однако крайне небольшое число секс-терапевтов рекомендуют этот усложненный способ.

НАРУШЕНИЯ ОРГАСТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Необходимо проводить различие между полностью безответными женщинами (полная фригидность) и женщинами, способными испытывать эротические переживания, обладающими нормальной вазогиперемией, но у которых имеются разного рода проблемы при достижении оргазма. Ранее частичная и полная безответность женщин объединялись в едином понятии «фригидности» и рассматривались как одно и то же нарушение. Такое понимание ошибочно, так как, хотя оба синдрома имеют много общего, они являются результатом воздействия различных механизмов и для их лечения требуются различные сексотерапевтические приемы.

В диагностике расстройств оргастической функции много противоречивого, так как однозначно не четко определены диапазон и границы нормального проявления женского оргазма.

Оргазм, как и всякий иной рефлекс, характеризуется определенными параметрами, динамикой и пороговыми характеристиками. Так, одним людям достаточно легкого щелчка по нижней области коленной чашечки, чтобы добиться разгибания голени, другие не проявляют никакой реакции до тех пор, пока не получат ощутимый удар по сухожилию четырехглавой мышцы бедра. И та и другая реакция говорят о норме, то есть о нормальном состоянии рефлекторной дуги. Имеются принятые пороговые значения нормы, в частности, для коленного рефлекса. Пороговые величины связаны с воздействием различных факторов, в том числе с психологическим подавлением, фармакологическим воздействием и эмоциональным состоянием. Так, внимание эмоционально возбужденного человека может быть отвлечено просьбой сделать хлопок ладонями в то время, когда терапевт проверяет его коленный рефлекс. Все сказанное в полной мере относится к исследованию оргастического рефлекса у женщин. Однако, к сожалению, нам не известно понятие нормы для этого важного рефлекса.

Клинические исследования дают кривую с приближенным колоколо-образным распределением параметров этого рефлекса. В одной части этого распределения «находятся» женщины, вообще ранее не испытывавшие оргазма. Далее следуют женщины, требующие интенсивной клиторной са-мостимушщии, то есть женщины, которые достигают оргазма в одиночку, при этом их «не интересует» партнер. Затем мы видим женщин, требующих непосредственной клиторной стимуляции и способных переживать оргазм, если их партнер «попадает» в эту же серединную часть распределения величин. Ближе к середине также находятся женщины, способные достигать оргазма во время сношения, но только после длительной и активной стимуляции. К верхнему пределу можно отнести женщин, достигающих пика удовольствия при кратковременной интермиссии во время полового акта и, наконец, на самом предельном пороге распределения «находятся» женщины, которым достаточно только фантазий и/или возбуждения грудной области для достижения оргазма.

Специалисты проявляют относительное единство точек зрения на понимание нормы и патологии только в отношении предельных состояний рефлекса. Очевидно, что женщина, никогда ранее не испытывавшая оргазма, то есть женщина, страдающая аноргазмией, является заторможенной и нуждается в лечении. Очевидно также, что состояние женщины,

крайне быстро возбуждаемой до состояния оргазма, считается нормальным. Спорные точки зрения относятся к случаям, «лежащим» в середине распределения оргастической функции.

Ряд исследователей, включая автора этой книги, рассматривают как норму состояние женщин, испытывающих оргазм в результате клиторной стимуляции в присутствии или с участием партнера. Ряд специалистов считают фригидной любую женщину, переживающую оргазм вне коитуса, даже если она сексуально возбудима и периодически испытывает оргазм при клиторной стимуляции в присутствие партнера. В настоящее время недостаточно данных, чтобы однозначно разрешить это противоречие в ту или иную сторону.

Эмпирический опыт (при отсутствии однозначных аргументов) позволяет нам следующим образом подойти к решению данного вопроса. Всем женщинам с жалобами на трудности с оргазмом, будь то нарушения полные или частичные, показана секс-терапия. Полная аноргазмия составляет особую клиническую проблему. Данная форма фригидности имеет хороший прогноз в секс-терапии. Дело в том, что секс-терапия оказывает в этом случае общее благоприятное воздействие. Для некоторых женщин клиторная стимуляция является нормальным поведенческим проявлением рефлекса: они и их мужья получают консультации и поддерживающую психотерапию. Для ряда женщин, однако, отсутствие оргазма при сношении является результатом подавления оргастической реакции или следствием плохой техники секса, и для этой категории пациентов секс-терапия может оказаться эффективным средством, устраняющим сексуальное нарушение. Две разновидности синдрома нарушения оргастической функции, а именно полная и частичная (ситуационная) аноргазмия, являются различными клиническими проблемами. Поэтому их рассмотрение проводится раздельно.

Стратегия лечения

Основной план лечения оргастических расстройств включает следующие этапы:

1) собственно оргазм (мастурбация),

2) оргазм в присутствии партнера посредством клиторной стимуляции,

3) оргазм в ходе сношения.

При невозможности оргазма в ходе сношения используется так называемый

4) прием «мост».

Полная аноргазмия

Примерно 8% женщин в Соединенных Штатах никогда не испытывали оргазм. Иногда такое состояние связано с недостатком стимуляции, а в ряде случаев, даже при интенсивном возбуждении, оргазм не наступает. По причине воздействия разнородных факторов такие женщины «научились» подавлять свой оргастический рефлекс. Это подавление абсолютно непроизвольно, а женщины часто страстно желают исправить положение и испытывать оргазм.

Мастурбация

Основной принцип достижения оргазма прост — он заключается в Усиленном возбуждении, с одной стороны, и ослаблении сексуального подавления, с другой. Крайне эффективным способом, помогающим ослабить подавление, нередко становится самостимуляция, которую женщина Проводит в одиночку. В этом случае она не испытывает давления со стороны партнера: ее действия никто не наблюдает, и она вольна распоряжаться своим временем. Здесь необходимо помочь женщине преодолеть Чувство вины и стыда по поводу мастурбации. Такая помощь осуществля-^я в ходе сеансов терапии.

11. Женщина одна, мастурбация пальцем

Женщины, никогда ранее не имевшие оргазма.часто смущены и в стревожены связанными с ним ощущениями. Нередко они напуганы и опасаются возможной физической боли. Таким пациенткам предлагается высказаться и рассказать о своих фантазиях, связанных с оргазмом. (Что, как они считают, может произойти…). У женщин наблюдаются разные уровни осознания опасений и фантазий, связанных с оргазмом. В ходе сеансов важно провести анализ и обсудить динамику этих опасений и фантазий. Обсуждение следует проводить в рациональной манере, тактично и с поддержкой. Наиболее характерные страхи группируются вокруг возможного наказания за чувство сексуального удовольствия:«Я потеряю контроль над собой», «Я с ума сойду», «Мне это причинит вред, я заболею раком, …умру», «Мне это понравится и я стану совершенно неразборчивой», «Мне сначала нужно влюбиться, а уже затем иметь оргазм». Большинство подобных страхов связаны с подавлением и запретами инфантильной сексуальности. Сны и ассоциации становятся очень полезным средством понимания этих неосознанных преград на пути к «выходу» оргазма. Пациентка на глубинном уровне должна получить заверение о нереалистичности своих фантазий о вредности оргазма. В ряде случаев женщина, испытывающая вину по поводу удовольствия и достигнутого успеха, переживает смешанные чувства и противоречивые фантазии: оргазм для нее представляется пределом ее успеха.

В этих случаях она должна получить заверение в том, что оргазм — это не конечная цель ее наивысшего блаженства. Только после того, как она осознает, что не все ее проблемы рассеются по достижении оргазма, ей рекомендуется испытать свой первый оргазм. Конечно, в идеальном варианте «конфликт успеха» необходимо хорошо проработать в совместных беседах, но это требует времени.

В распоряжении секс-терапевта имеется еще один способ, который заключается в конфронтации пациентки с деструктивными проявлениями расстройства. Этот способ может оказаться важным первым шагом на пути к восстановлению нормального состояния пациента.

Реалистическое понимание женщиной сути оргазма также содержит в себе терапевтический эффект. Вот почему я обычно рассказываю об оргазме женщине, которая ранее его не испытывала.

«Это рефлекс, как чихание, но гораздо приятнее. Оргазм бывает разный и наслаждение

от него тоже разное. Иногда это очень приятно и кажется, что ты вся этим поглощена. Иногда это просто приятное ощущение в одном месте. Оргазм — это последовательная цепь приятных мышечных сокращений. Его ни с какими ощущениями не перепутать. Это очень своеобразно, и если вы его раз испытали, вы уже точно его узнаете. Когда ваше возбуждение дошло до предела, происходят различные сокращения мускулов во влагалище. Эти сокращения — часть удовольствия. Вы ощущаете эротическое наслаждение в области клитора, когда вы подходите к оргазму, но во время сокращений приятные ощущения переходят на область вокруг влагалища и вглубь тела. Иногда вы чувствуете, что во время оргазма таз как бы выпрямляется и сжимается. И это очень приятно. Но бывает, что проходит какое-то движение, вы замираете и наслаждаетесь „выходом“ оргазма спокойно. Это тоже очень приятно. Во время оргазма вы никогда не теряете сознание или контроль над собой и, как я уже сказала, вы можете как бы затеряться в каскаде приятных ощущений. Есть у вас какие-нибудь вопросы?»

После того, как пациентка сумела преодолеть чувство вины, страха, негативные фантазии и непонимание по поводу оргазма, я советую ей пойти домой и заняться мастурбацией. На этом этапе в ходе терапевтических сеансов необходимо периодически анализировать эротические фантазии. Важно убедить пациентку в том, что ее фантазии, назависимо от их характера, являются нормальным проявлением сексуальности и очень нужны для ее половой активности. Фантазии способствуют возбуждению и одновременно отвлекают от тревожных состояний. Пациентку следует активно поощрять к переживанию фантазий, дневных грез во время мастурбации. Если такой способности к фантазиям у пациентки не обнаруживается, ей рекомендуется приобрести эротическую литературу и использовать ее в качестве пробного теста, то есть проверить, какие картины, способы, ситуации способствуют ее возбуждению. Стимуляция клитора пальцем в сочетании с отвлекающими фантазиями довольно быстро (как правило, за несколько недель) приводит к оргазму. Если наблюдается слабый эффект от этой формы стимуляции, предлагается воспользоваться вибратором. Имеется несколько удобных моделей вибраторов, используемых для мастурбации. Аппараты фаллической формы на батарейках не совсем подходят для наших целей, так как сила вибраций недостаточна для провоцирования оргазма. С другой стороны, любой бытовой электромассажер, который можно приобрести в аптеках, может оказаться вполне эффективным.

Пациентке рекомендуется проводить вибратором вокруг и вблизи клиторической области. И вновь пациентке следует напомнить о необходимости привлекать собственные фантазии во время возбуждения. Это необходимо, чтобы «отвлечь себя от того, что обычно отвлекает от оргазма». Иными словами, необходимо отвлечь себя от привычки самоконтроля в ходе стимуляции и оргазма. В некоторых случаях пациентке рекомендуется рассматривать эротические картины и смотреть эротические фильмы во время самой стимуляции.

Некоторым пациентам приходится стимулировать себя долгое времй| иногда около одного часа, чтобы добиться наступления оргазма. Для таких пациентов особенно важны поощрение и поддержка со стороны терапевта во время предварительных бесед и сеансов. Имеется несколько «хитростей» или приемов, облегчающих наступление оргазма у женщины. Такому «прохождению» оргазма способствует попеременное сжатие и расслабление мускулатуры влагалища. Другой способ, помогающий женщинам, заключается в динамичных движениях таза и глубоком дыхании при пиковых моментах возбуждения.

Нередко при подавленном оргастическом рефлексе интенсивная стимуляция приводит к появлению напряженного состояния. Тогда рекомендуется на несколько секунд приостановить стимуляцию, после чего возобновить ее снова. Несколько повторений этого приема «стоп-старт» нередко показывают свою эффективность для достижения оргазма. Все эти в какой-то степени механические приемы облегчают наступление оргазма, отвлекая женщину от привычных способов его подавлять. Еще раз напомним, что крайне полезным «отвлекающим» фактором являются эротические фантазии.

Оргазм в присутствии партнера

Оргазм, вызванный с помощью мастурбации, следует рассматривать как отличное достижение для женщины, которая ранее вообще не испытывала оргазма. Однако вряд ли это достижение отвечает целям лечения. После того, как женщина освоилась с ощущениями от оргазма, вызванного мастурбацией в одиночку, наступает следующий этап терапии — оргазм в присутствии ее супруга. Успешно справиться со следующим этапом гораздо сложнее, так как, несмотря на то, что присутствие партнера действует более возбуждающе, чем собственные фантазии, его присутствие в большей степени провоцирует тревожное состояние женщины. Возникает страх неудачи: «Смогу ли я достичь достичь оргазма? А если ему надоест однообразное возбуждение? А может быть, другие женщины делают это быстрее?»

Имеется несколько приемов в достижении целей этого этапа. Один из них заключается в том, что супружеской паре предлагается делать все как обычно. После того, как мужчина кончает, он вызывает оргазм партнерши мануально. Она получает установку на переживание тех же фантазий и внутренних образов, которые ранее сопутствовали ее самостимуляции. Она проводит сокращения мышц, глубоко дышит и, кроме того, погружается в свои любимые фантазии в то время, когда он возбуждает ее. Нередко таким способом женщина достигает оргазма. Постепенно сложности отходят На задний план, и со временем ей все меньше требуется отвлекать себя Фантазиями.

12. Женщина использует вибратор в присутствии мужчины

3. Мужчина возбувдает женщину с помощью стимуляции клитора

Случается, что необходимо рекомендовать женщине самой проводить Мастурбацию в присутствии партнера. Такое предписание делается, когда °на слишком отстает по темпу возбуждения от мужчины, а также в том случае, когда женщина стесняется попросить мужчину доставить ей удовольствие. Некоторые пары достаточно свободны от предрассудков, чтобы принять такое предложение терапевта. Но наиболее частым проявлением оказывается состояние смятения и стыда женщины, а также страх быть отвергнутой мужем, если мастурбация будет проходить в его присутствии. Некоторых мужей на самом деле «коробит» от мысли, что это будет со-вершаться у них на глазах. Но таких мужей меньшинство. Чаще, к удивлению женщин, мужья нормально реагируют на эту форму активности. Более того, такая активность возбуждает мужчин. В действительности женская мастурбация является крайне распространенной темой фантазий нормальных мужчин.

Настолько открытое и естественное поведение женщины нередко поощряется и приветствуется ее партнером и другом. Таким поведением достигается еще большая глубина и искренность во взаимоотношениях супругов.

Частичная аноргазмия во время коитуса

Неспособность переживать оргазм во время коитуса — это самая распространенная жалоба женщин. Это вполне объяснимо, если принимать в расчет физиологические и анатомические особенности женщин. Экспериментально и клинически установлено, то женский оргазм — это рефлекс, моторное звено которого выражается в последовательном сокращении мускулатуры, прилегающей к вагинальной области, хотя источник его возбуждения находится в зоне клитора. Поэтому с анатомической точки зрения коитус не является прямым и самым удачным способом возбуждения клиторной зоны.

Приведенная точка зрения бывает поводом к бурным и эмоциональным спорам в среде клиницистов, которые по ряду понятных причин психологического характера предпочитают рассматривать интроитус в качестве наиболее эффективного стимула оргазма. Однако это не соответствует действительности. Психологически половое сношение следует рассматривать как крайне возбуждающий и эмоционально привлекательный эротический стимул. Механически, однако, клиторная стимуляция во время сношения ограничивается прохождением полового члена вдоль наружной складки клитора и определенным давлением

на клиторную область, вызванным лобковой костью мужчины при некоторых позах. Данная стимуляция не является столь сильной, как непосредственное воздействие на клитор. С учетом этих факторов, можно предположить, что только женщины с относительно низким порогом оргастического рефлекса могут достичь оргазма исключительно в ходе коитуса, без дополнительной стиМУ' ляции клитора. И хотя точные данные по этому вопросу отсутствуют,» соответствии с приведенными данными и оценками, полученными в результате исследований, проведенных доктором Фишером, число женщин США, предпочитающих достигать оргазма только в ходе регулярных сношений, составляет лишь порядка 1/3-1/2. Вряд ли можно предположить, что всю другую часть составляют только сексуально подавленные женщины. Просто физиологически им требуется более интенсивная, по сравнению с возможностями коитуса, стимуляция клитора. Определенная доля этой группы, по всей видимости, действительно приходится на женщин с функциональными расстройствами оргастической реакции. Высокие пороговые характеристики реакции у этой группы женщин, вероятно, вызваны психологическими запретами и подавленной сексуальностью. Женщины с ситуативной аноргазмией (отсутствием оргазма во время полового сношения) нуждаются в поддержке и консультациях. Тогда как женщины с истинными нарушениями функции оргазма могут улучшить свое общее состояние в ходе сексотерапевтических сеансов.

Прием «мост»

Приемы чувственное фокусирование I, II и необязывающий коитус нередко используются на начальных стадиях лечения ситуативной анор-газмии (во время коитуса). Принципиальным моментом для решения данной проблемы, однако, является сочетание клиторного возбуждения и полового акта. Это сочетание находит реализацию в способе, названном приемом «мост». Этот прием показан женщинам, испытывающим возбуждение при клиторной стимуляции, но не достигающим оргазма во время сношения, однако желающим его достичь.

Большинство женщин с ситуативной аноргазмией испытывают оргазм при клиторном возбуждении, если возбуждение не прекращается в то время, когда половой член находится во влагалище. Женщины испытывают огромное удовольствие от такого приема, так как ощущение оргазма приобретает особую четкость, если эрегированный член в это время остается во влагалище. Однако использование этого приема как неизменного способа адаптации женщин может оказаться утомительным для ее мужа. Подобная активность также редко приводит к истинно коитальному оргазму. Сущность приема «мост» как раз и заключается в том, чтобы продолжать стимуляцию клитора до момента, предваряющего оргазм, после чего рефлекс оргазма должен быть «запущен» фрикциоными движениями в ходе полового сношения. Замечу, что речь идет именно о моменте, предваряющем оргазм, а не о том, который становится «пусковой точкой» самого оргазма. Таким образом, между стимуляцией клитора и собственно коитусом образуется своего рода связующий мост.

14. Оральная стимуляция клитора

15. «Мост» — мужчина стимулирует женский клитор при введении полового члена

16. «Мост» — женщина сама стимулирует клитор при введенном половом члене

Стимуляция клитора может осуществляться как мужчиной, так и самой Женщиной в

зависимости от психодинамики каждого конкретного случая. При отсутствии специфических психологических преград, по крайней мере, во время начальных попыток осуществления приема «мост», целесообразно предложить женщине самой заняться стимуляцией. Самостимуля-дия мужчину не утомляет: его возбуждение нарастает, женщина при этом имеет больше возможностей для релаксации и осознания получаемого наслаждения, ведь она сама контролирует стимуляцию, и ей не приходится волноваться по причине того, что «у него устала рука». Иными словами, она не испытывает опасения быть отвергнутой.

Имеется несколько поз, удобных для совмещения клиторной стимуляции и интромиссии: мужчина и женщина лежат на боку, женщина сверху, мужчина сидя (см. рис. 15, 16, 17). Следует поощрять экспериментирование партнеров в поиске своих, удобных для них самих поз. Основное условие в выборе поз, занимаемых партнерами при выполнении приема «мост», — это свободный доступ руки к области клитора.

Описываемый прием используется уже после того, как женщина испытала интенсивные вагинальные ощущения, что достигается предварительной мануальной стимуляцией предвагинальной области и ранее выполняемыми упражнениями необязывающего коитуса (см. выше).

Имеется два типа (по характеру источника) эротических ощущений, исходящих от влагалища: тактильные и проприоцептивные. Две трети поверхности стенок влагалища не содержат осязательных волокон: они преимущественно нечувствительны. Однако область входа во влагалище и еще 1/3 его поверхности особо чувствительны на тактильные воздействия, а нежные манипуляции в этих областях приводят сексуально чувствительную женщину к непередаваемому ощущению оргазма.

Ощущения мускульных взаимодействий образуют еще одну составляющую эротической чувствительности. Сокращения мускулатуры вагинальной области переживаются особенно сладострастно во время интромиссии и оргазма. Пролонгированный необязывающий коитус (см. выше) в сочетании с упражнениями лонно-копчиковой мускулатуры особенно полезны для более четкого восприятия вагинальных ощущений женщинами, у которых эти ощущения были в прошлом заторможены. Нередко «обостренные» ощущения, вызванные отмеченными тренировками, приводят к спонтанному переживанию коитального оргазма. Как правило, однако, указанных упражнений бывает недостаточно, и тогда рекомендуется выполнение приема «мост».

17. «Мост» — мужчина на коленях, женщина стимулирует клитор с помощью вибратора

Установка на выполнение приема «мост» может включать следующие задания: «Займитесь предварительными играми и ласками, как вы это обычно делаете, пока вы (обращение к мужчине) не почувствуете хорошую эрекцию и пока у вас (обращение к женщине) не появится достаточное желание к введению члена. Затем вы входите в нее и оба лежите на боку или в удобной позе». (Следует обсудить эти позы и здесь очень полезными оказываются иллюстрации). «После того как вы ввели член (обращение к мужчине), делайте все медленно, поддерживая ритм и глубину ввода, достаточные для сохранения эрекции. Если вы совсем замедлите темп, это может ослабить эрекцию. Не вводите очень агрессивно. Мне нужно, чтобы она сосредоточилась на своих ощущениях. В это время (обращение к женщине) возбуждайте клитор пальцем так, как вы это делали, оставаясь наедине с собой». (Установку можно изменить с тем, чтобы возбуждал мужчина. Такая стимуляция проводится в том случае, если она легко и охотно реагирует на его ласки. При этом способе также может быть использован вибратор. Фактически вибратор представляет собой крайне эффективное средство достижения оргазма во время коитуса. Недостаток его использования заключается в нежелании некоторых пар использовать это механическое устройство во время сношения.)

«Сосредоточьте ваше внимание на тех внутренних образах или фантазиях, которые вам больше всего нравятся, как если бы вы оставались наедине с собой. Как только вы почувствуете приближение оргазма, сейчас же прекратите стимуляцию и резко надвиньтесь на него. Учтите, что такое прерывание может вас временно затормозить, то есть находящее ощущение оргазма вновь „откатится назад“. Этого и следует ожидать. Здесь нечего беспокоиться. Повторите все снова. Пенис мужа должен оставаться во влагалище. Снова начните стимуляцию. Как только почувствуете приближение оргазма, прекратите стимуляцию, быстро и резко надвиньтесь на него. И так нужно повторить несколько раз, пока не наступит оргазм. Если у вас (обращение к мужчине) сильное возбуждение и вы больше не можете удержаться, тогда кончайте. Это вполне естественно и приятно. „Мост“ вы можете повторить в следующий раз. Ну, и как вам задание?»

Реакции на «мост»

Как правило, данный прием приводит к успешному коитальному оргазму у женщин.

Обычной реакцией супружеской пары на этот прием является расслабление, воодушевление (иногда доходящее до степени эйфории). Женщины, ранее не испытывавшие оргазм во время полового акта, нередко чувствуют излишнюю ущербность и часто переоценивают данный тип оргазма. Нередко такие женщины чувствуют себя неполноценными по сравнению с теми женщинами, которые достигают оргазма во время сношения. При повышенной неуверенности в себе и заниженной самоо-Ценке личности они развивают в себе параноидальную защиту, страх потерять мужа, который по их мнению, будет стремиться найти женщину с ко-итальным типом оргазма. И на самом деле, мужчины склонны к эмоционально обостренному переживанию ситуативной аноргазмии своих жен. Особенно неуверенные в себе мужчины имеют тенденцию связывать свои опасения по поводу аноргазмии жены с собственными неумелыми действиями, «недостатками» своего пениса, «неспособностью» привести к оргазму. Они могут проецировать свою неуверенность и тревожность на своих жен и относить поведение жены на счет ее «болезни» или «враждебного» к нему отношения, что и приводит, по их мнению, к «умышленному воздержанию от оргазма».

По этой причине в нашем обществе так распространено явление имитации оргазма во время полового акта. Женщины считают, что легче обойтись без оргазма и симулировать его, чем открыто признать клитор-ный источник его возбуждения. Признание женой истинного положения дел после долгих лет симуляции составляет важный первый шаг на пути терапевтического исправления такого положения.

Прием «мост», как правило, всегда приводит к достижению коитально-го, ситуативного оргазма, за исключением тех случаев, когда у женщины имеется специфический и стойкий конфликт, связанный с интроитусом (вводом полового члена). Не всегда, однако, «мост» способствует легкому переходу к коитальному оргазму. Точная статистика по этому случаю отсутствует. В нашей практике меньше половины женщин с ситуативной аноргазмией перешли в разряд пациентов с прогрессивным оргазмом, быстро достигаемым во время сношения, причем без дополнительной стимуляции клитора. Остальные женщины получили хороший способ достижения оргазма с введенным во влагалище пенисом, что доставляет потенциальное наслаждение обоим партнерам. Однако женщины этой категории сохраняют потребность в непосредственной стимуляции клитора до наступления оргазма.

Если женщина страдает истинной коитальной аноргазмией, супружеская пара нуждается в обязательном сексологическом консультировании. Случается, что такое состояние рассматривается супругами как привычная норма. Но нередко установка по отношению к коитальному оргазму настолько эмоционально заряжена, что необходима глубокая психодинамическая проработка. Терапевтическое вмешательство необходимо для того, чтобы помочь супругам расслабиться и воспринимать свои возможности реалистично.

Переживание оргазма приводит к необычайно сладострастным ощущениям, независимо от типа оргазма или его источника. При идеальной ситуации супружеские пары не рассматривают внекоитальный оргазм как «менее полноценный». Любящие пары, где у обоих партнеров есть чувство психологической безопасности, приходят к гармоничной и полноценной половой жизни и в том случае, когда женщине требуется предварительная стимуляция клитора для достижения оргазма.

Сексотерапевтические процедуры для женщин с сексуальными расстройствами не сводятся только к механическим приемам и упражнениям. Секс-терапия способствует кардинальным изменениям в поведении женщины. Она научается учитывать собственные

сексуальные потребности в достижении благотворных (для себя самой) эротических наслаждений и перестает рассматривать себя в качестве орудия удовлетворения сексуальных потребностей мужчин. Она принимает на себя ответственность за свое сексуальное самоудовлетворение, то есть она должна получить уверенность в достаточной для себя стимуляции и не зависеть от благосклонности и чувствительности мужчины. На практике это означает, что женщина, которая ранее в половом акте реагировала на сигналы своего мужа и действовала, по большей мере, в ответ на эротические запросы, команды и прихоти супруга, сейчас восседает на нем в этой доминирующей позе, медленно двигаясь вдоль его фаллоса в той манере, которая требуется ей самой и соответствует ее собственным вагинальным ощущениям!

Не удивительно, что этот переход от пассивного к активному состоянию может вызвать бурную негативную реакцию мужчины. Одни мужчины, любящие и уверенные в себе, чувствуют восторг и умиротворение. Другие выражают опасение и неудовольствие от такой активности и нарастающей силы своей супруги. Эти изменения в поведении жены могут ассоциироваться со страхом потери контроля и даже со страхом возможного физического вреда, потенциально причиняемого супругой. В терминах психоанализа, в мужчине просыпается тревожность, вызванная до этого момента дремлющим Эдиповым комплексом и комплексом кастрации. Некоторые мужчины осознают свои страхи и открыто делятся своими опасениями. Другие же не проявляют видимых признаков своих переживаний и внезапно теряют потенцию и интерес к сексу.

Мой опыт свидетельствует о том, что если муж не испытывает глубокого беспокойства, то при более активной роли супруги, которая не так давно страдала аноргазмией, мужчина рассматривает происходящие изменения как более совершенное проявление собственной сексуальности. Большинство мужчин и женщин испытывают несравненно большее удовлетворение, если партнер ответно реагирует на ласки и сам активно включается в стимуляцию любимого человека, если он или она делают первые нежные шаги в сексе и открыто выражают радость от наслаждения. Эта гармония может быть временно нарушена при переходе женщины к сексуальной зрелости, и задача терапевта на данном этапе заключается в поддержке женщины в процессе ее сексуальной адаптации. Следует научиться отличать активное поведение от требовательного и навязчивого, начало действий от агрессивного вторжения, мягкое выражение желаний от стремления наводить критику.

ОНА: Я только сказала, что было бы здорово, если бы он поцеловал мне грудь, а он повел себя как сумасшедший.

ОН: Она всегда отбивает у меня охоту заниматься любовью. Мне не нужны советы.

ТЕРАПЕВТ (к мужчине): Вы бы не хотели узнать, что ей больше всего нравится?

ОН: Конечно, хотел бы.

ТЕРАПЕВТ: Как ей сказать об этом, чтобы не задеть вас? Объясните ей прямо сейчас.

Чтобы успешно разрешить сексуальные трудности женщины, необходимо взаимное (т.е. сделанное как самой женой, так и ее супругом) признание ее эротических потребностей и желаний. В таком признании не должно быть места чувству вины или тревоги. Негативное отношение мужа, его неспособность признать сексуальную «анатомию» своей жены могут стать препятствием на пути к полноценной сексуальной активности женщины. Разрешение данного конфликта требует терапевтического вмешательства.

ВАГИНИЗМ

Вагинизм — заболевание, при котором невозможен половой акт, так как интроитус

приводит к непроизвольному судорожному сжатию вагинальной мускулатуры. Данное нарушение наблюдается довольно редко, а сексотерапевтическое вмешательство дает хорошие результаты.

Суть патологии состоит в условно выработанной реакции на введение полового члена или реакции, возникающей в преддверии ожидаемого ин-троитуса. Условная реакция приводит к сильно выраженному спазму мускулатуры. Выработке условной реакции может способствовать любой источник боли, который ассоциируется у женщины с интроитусом. Вагинизм возникает как результат насилия, физической или психологической травмы, ассоциированной с сознательным и бессознательным страхом и/ или виной. Иногда источник грубого насилия явно не определен.

Вагинизм следует отличать от физических пороков влагалища (например, аплазии, агенезии), а также от фобий ищроитуса. Диагноз вагинизма устанавливается при полном сексологическом обследовании.

Стратегия лечения

Лечение преимущественно сводится к подавлению условно-рефлекторной вагинальной реакции. Это достигается введением в вагинальное отверстие постоянно увеличивающихся в размерах объектов на фоне расслабленного и спокойного психофизиологического состояния пациентки. Когда пациентка может принять в себя объекты размером с фаллос, исход лечения признается положительным.

Такой предельно простой план лечения осложняется тем фактом, что большинство случаев вагинизма сопровождаются дополнительными фоби-

18. Женщина вставляет палец во влагалище

19. Женщина вводит катетер во влагалище

20. Мужчина вставляет палец во влагалище

Такой предельно простой план лечения осложняется тем фактом, что большинство случаев вагинизма сопровождаются дополнительными фобическими симптомами психической составляющей, такими, как коитофобия и страх проникновения во влагалище. Эти проявления фобий необходимо устранить еще до изменения условно-рефлекторной (собственно вагинизм) фазы лечения.

Имеется множество приемов, помогающих устранить фобии интро-итуса. К ним относятся аналитические приемы толкования неосознанных проявлений, усиливающих иррациональный страх; поддержка и ободрение, установка на переживание страхов и конфронтационная попытка интроитуса в момент переживания фобий; бихевиоральные приемы десенсибилизации и гипноз. Мной, как правило, используется комбинация аналитических и поддерживающих приемов. Я пытаюсь установить источник травматизма, ставший причиной вагинизма, а также выясняю картину эмоциональных состояний и реакций пациентки на различные проявления расстройства. Затем от этиологии и патогенеза делается быстрый переход на текущие проявления расстройства и предпринимается попытка поддержать пациентку в конегруктивных и рационально осмысленных попытках преодолеть определенный барьер. Известны также бихевиоральные

подходы в лечении расстройства, которые дают хорошие результаты.

Десенсибилизация или интроитус осуществляются in vivo только после значительного ослабления существующих страхов и преодоления амбивалентного отношения женщин к половому акту, то есть после относительно успешного разрешения психологического конфликта. Для размыкания условно-рефлекторных связей, характерных для вагинизма, клиницисты рекомендуют использовать разнообразные физические объекты, вводимые во влагалище. Используются стеклянные катетеры, приспособления из резины и тампоны. При условно-рефлекторном характере заболевания, как представляется, не имеет значения фактура используемых объектов. Я предлагаю пациентке воспользоваться своим пальцем или пальцем мужа, так как это эмоционально более приемлемо. В этом случае менее вероятно проявление сопротивления со стороны пациентов, чем в случае использования физических объектов.

Процедура лечения

Пацентке дается предписание использовать зеркало, в котором она должна наблюдать вагинальное отверстие при выполнении назначенных приемов. Задания поначалу выполняются в одиночку. Ей предлагается положить указательный палец на вагинальное отверстие, затем вставить кончик пальца во влагалище, наблюдая за этим в зеркало и оценивая внутренние ощущения, возникающие при этом действии.

Эти ощущения и их значение подвергаются анализу в ходе последующих терапевтических сеансов. В ходе этих сеансов дополнительно обсуждаются сны и фантазии, испытанные пациенткой за недавнее время. 3іх» может оказаться полезным для выявления и разрешения негативных неосознанных мотивов, которые в ряде случаеьспособствуют фиксации условного рефлекса.

Если пациентка справилась с вводом кончика указательного пальца, в следующий раз ей предлагается вставить весь палец. Затем два пальца. Иногда она получает инструкцию вставить тампон, не удаляя его оболочку, и оставить его во влагалище на несколько часов или на время, позволяющее полностью адаптироваться к связанным с этим ощущениям. Терапевт может закрепить процесс «размыкания» условно-рефлекторных связей, предупреждая пациентку о возможных неприятных ощущениях, напряженных состояниях, но не о боли, которые могут возникнуть при вводе определенного объекта во влагалище.

В результате ни тревога, ни напряжение не нарастают. Напротив, если женщина в состоянии переносить непривычные ощущения какое-то время, они, как правило, ослабевают и она нормально реагирует на интрои-тус.

После того, как женщина освоила эти процедуры и нормально реагирует на ввод пальцев и/или тампона, к процедуре подключается супруг. Ему предлагается рассмотреть ее влагалищное отверстие при полном освещении. Затем он выполняет все те же самые операции, которые ранее осуществляла пациентка. Вначале он вставляет кончик своего указательного пальца. После этого женщина, управляя рукой супруга и полностью контролируя ее движение, позволяет ввести весь палец.

На первых порах мужчина должен сохранять его внутри неподвижно. Следующий этап — медленное, осторожное движение пальца туда и обратно, затем то же самое с двумя пальцами. Все это время женщина должна постоянно получать заверения в том, что не будет никакой попытки введения пениса. Если муж возбуждается во время этой любовной игры, паре предлагается заняться сексуальной активностью, позволяющей супругу достичь экстравагинального оргазма.

Момент первого интроитуса очень важен. Супруги заранее дают свое согласие на этот акт. Муж смазывает эрегированный пенис и осуществляет интроитус, который контролирует и направляет жена. Он оставляет пенис во влагалище на несколько минут без дополнительных движений, затем извлекает его. Супруги при этом могут (на свое усмотрение) также использовать экстравагинальные формы половой активности.

При повторном интроитусе нежные замедленные фрикции пениса и ответные движения женщины очень часто приводят к оргазму.

21. Мужчина вводит объект во влагалище

Реакции

Одни женщины переносят десенсибилизацию относительно легко, другие испытывают повышенное эмоциональное напряжение. Напряжение и тревожность возникают в ожидании фаллического проникновения и нарастают в преддверии этого действия. После совершения коитуса наблюдается резкое ослабление тревоги.

Как правило, благоприятный исход лечения достигается в том случае, если супружеская пара проходит полный курс сексотерапевтического лечения. Наблюдаются крайне разнообразные проявления в сексуальном поведении партнеров после того, как стал возможен интроитус. Для многих может показаться неожиданным тот факт, что женщины, страдающие вагинизмом, хорошо возбудимы и легко достигают оргазма при клиторной стимуляции.

Большинство женщин сохраняют эти свои способности после достижения возможности коитуса. Некоторые довольно быстро адаптируются к достижению и состоянию коитального оргазма. Для отмеченных категорий пациентов дальнейшее лечение не требуется. В остальных случаях успешное разрешение вагинизма обнажает иные сексуальные нарушения у женщин и/или расстройства эрекционной фазы или эякуляции у мужчин. В этом случае курс лечения продолжается с использованием дополнительных методов и приемов секс-терапии.

ИМПОТЕНЦИЯ — РАССТРОЙСТВО ЭРЕКЦИОННОЙ ФУНКЦИИ

Эрекция — это нейро-сосудистый рефлекс, проявления которого связаны с гормональным обеспечением, анатомическими механизмами (функционирование спинно-мозговых центров и сосудистого аппарата), а также с работой специфических нейрорецепторов. Нарушение любого из перечисленных компонентов приводит к расстройству физиологической составляющей потенции. Но даже при целостности анатомо-физиологичес-кого субстрата эрекции отмечается особая «чувствительность» эрекционной составляющей к деструктивному воздействию неосознанных конфликтов и вообще к эмоциональным воздействиям. При эмоциональной неустойчивости и наличии психологических конфликтов у мужчины, совершающего половой акт, его эрекционный рефлекс может быть с легкостью нарушен*.

В прошлом было принято считать, что психогенно обусловленная импотенция является «продуктом» сильного невротического конфликта. Согласно психоанализу, неосознанный страх боли (кастрации), связанный с неразрешенным Эдиповым комплексом, является основной причиной психогенно обусловленной импотенции. Не так давно в этиологии импотенции стали выделять факторы «парного» воздействия**. Была предло жена гипотеза о том, что неосознанные дисгамии в любовных и брачных взаимоотношениях, проявляющиеся, в частности, в борьбе за власть, разочарованиях в совместной жизни и во взаимных инфантильных переносах (трансферах), — все это способно привести к эрекционным расстройствам.

22. Женщина возбуждает одетого мужчину

Очевидно, что причиной импотенции могут стать как бессознательные интрапсихические конфликты, так и конфликты «парного взаимодействия». Проявление этих конфликтов вероятнее у психологически незащищенного человека, готовящегося вступить в половой контакт. Однако многие из наблюдаемых в нашей клинической практике случаев не связаны с глубокими патогенными факторами, а эмоционально деструктивные факторы импотенции, как правило, легко устранимы. К таким эмоциональным факторам относятся страх «изъянов» в своих сексуальных действиях, страх

быть отвергнутым женщиной, ожидание импотенции из-за неудачного эпизода в прошлом; сверхозабоченность, связанная с необходимостью удовлетворить женщину; культурно навязанное ощущение вины по поводу сексуальных удовольствий.

Эти тревоги и глубоко укоренившиеся страхи могут проявляться у мужчин во время полового акта, что приводит к отказу от половой жизни. Полная самоотдача в сексе, свобода от тревоги и защитного подавления тревожных состояний — вот обязательные условия нормальной эрекции.

Лечение расстройств потенции, связанных с указанными более «простыми» психопатогенными факторами, имеет благоприятный прогноз в ходе сексотерапевтической коррекции. Секс-терапия стремится имеющимися в ее арсенале средствами гуманизировать отношения партнеров, демистифицировать и ослабить тревогу, препятствующую нормальным супружеским взаимоотношениям.

Стратегия лечения

Основная последовательность этапов краткого активного курса лечения эрекционного расстройства следующая:

1) эротическое наслаждение без эрекции,

2) эрекция без оргазма,

3) экстравагинальная эрекция,

4) интромиссии без оргазма, 5) коитус.

Каждый случай импотенции должен быть исследован индивидуально с тем, чтобы определить, что именно вызывает тревогу и защиту во время половой активности. На основании полученных данных осуществляется перестройка сексуальной ситуации, позволяющая снизить воздействие негативных факторов. Некоторые секс-терапевты не проводят подобную перестройку, учитывающую индивидуальные особенности, а шаблонно приступают к упражнениям чувственного фокусирования I и II. Имеются веские логические обоснования в пользу такого подхода, так как эти упражнения во многом способствуют ослаблению уровня тревожности «стандартного» пациента. Запрещение оргазма или сношения снижают проявления тревоги, а терапевт в данном случае исходит из идеи замещения целей сексуального действия: цель «доставить удовольствие» замещает цель «сексуально проявить и показать себя в лучшем свете». Обязательное условие такой смены ролей в активности партнеров снимает психологическое давление, которое испытывает мужчина, обязанный в обычном случае активно отвечать на сексуальные проявления своей жены. Как правило, мужчина получает непроизвольно возникающую эрекцию при выполнении чувственного фокусирования II. Эрекция неустойчива: она то появляется, то слабеет. В результате пара получает для себя на редкость полезный урок, а терапевт, судя по тому, как реагируют на упражнение пациенты, делает для себя важные выводы и наблюдения.

1) Если в безмятежном, расслабленном состоянии эрекция возникает, значит, «аппарат» супруга в нормальном «рабочем состоянии».

2) Если эрекция время от времени исчезает, то это не значит, что она исчезает совсем. Она вновь появится — на нужную стимуляцию. Появление и ослабление эрекции вообще нормально для долгого занятия сексом, и только в очень молодом возрасте она может держаться очень долго.

«Сжатие»

Иногда с целью конфронтации тревожного мужчины с ощущением потери и

восстановления эрекции мы используем прием «сжатие», впервые предложенный У.Мастерсом и ВДжонсон (см. рис. 38).

После того как у мужчины появилась эрекция, его жена сжимает пенис немного ниже головки. Это делается с усилием, достаточным для снижения эрекции. Обычно такое усилие не причиняет боли — эрекция рефлек-торно убывает на 30-50%. Эрекция, утраченная таким образом, как правило, быстро восстанавливается в ответ на нежные прикосновения. Нескольких повторений этого упражнения, как правило, достаточно, чтобы преодолеть страх потери потенции.

Варианты стимуляции

Мы часто начинаем с упражнений чувственного фокусирования I и II, но такое начало не является обязательным. У некоторых мужчин длительные предварительные игры вызывают подавление сексуальности. Когда сексологический анамнез выявляет определенные ситуации повышенной потенции у мужчины, мы начинаем терапию с этих ситуаций. Известно, что некоторые мужчины с проблемами потенции достигают хорошей эрекции в ситуации, когда они занимаются предварительными ласками, не снимая одежды. В этих случаях мужчине не разрешается сношение, но жене предлагается начать стимуляцию его пениса через одежду. Немного позже она расстегивает молнию его брюк и занимается любовными играми с его пенисом. Мужчина при этом остается в штанах.

Нами также принимается в расчет повышенный уровень андрогенов в утренние часы и связанная с этим утренняя эрекция. Если мужчина замечает у себя регулярную утреннюю эрекцию при пробуждении, мы предписываем упражнения чувственного фокусирования II, проводимые ранним утром.

Иногда предлагается использовать вазелин в качестве смазки. Жена наносит крем на пенис и стимулирует его, либо сам мужчина проводит стимуляцию в присутствии жены. Этот чувственный и возбуждающий способ в редких случаях не приводит к эрекции.

На этой стадии лечения часто используется оральное возбуждение. Для многих мужчин это самый возбуждающий способ. Естественно, он применяется с согласия жены, если идея орального секса не вызывает у нее отвращения.

Во время стимуляции, независимо от формы, в которой она совершается, мужчина получает установку, позволяющую ему избавиться от навязчивого самоконтроля и от ощущения себя в роли «зрителя», то'есть ему запрещается постоянно наблюдать, появилась ли у него эрекция, а если появилась, то «насколько она тверда».

Если отмеченные приемы не избавляют мужчину от состояния тревожности, ему рекомендуется вызывать в себе живые эротические фантазии в ходе стимуляции. Отвлечение от тревожности или от навязчивых защит (самонаблюдение или чувство «зрителя») с помощью эротических фантазий крайне важно в ходе секс-терапии. Эротические фантазии — идеальное средство зашиты от тревоги, позволяющее усилить сексуальное реагирование. Содержание фантазий должно обсуждаться с предельной чуткостью. Супруги нередко с эмоциональным напряжением реагируют на свои собственные эротические фантазии и/или на фантазии своих партнеров. Они переживают вину и стыд, опасаются, что содержание фантазий «ненормально и говорит о болезни». С ощущением ревности и/или вины они относятся к тому, что во время полового акта им видится что — то чуждое или кто-то посторонний, тогда как они «должны» проявлять честность в своих взаимоотношениях.

Если такие настроения уходят корнями в психопатологию данной пары, то открытое

обсуждение эротических фантазий партнеров легко устраняет чувство вины у каждого из супругов и вызывает у них чувство близости, интима и эротического удовольствия.

23. Пара возбуждает друг друга, женщина не до конца раздета

24. Женщина возбуждает мужчину орально

25. Женщина возбуждает мужчину мануально с помощью вазелина

26. Женщина сверху — стимулирует эрегированный пенис мужчины

Нередко, однако, мы сталкиваемся с деликатной сферой обостренных и труднопреодолимых переживаний. Неуверенная в себе супруга, по сути, реагирует с чувством паранойяльной ревности, когда узнает, что ее мужа «посещает» незнакомое лицо в то время, когда он занимается с ней любовью. Реакции подобного рода должны стать предметом рассмотрения на глубинных уровнях подсознания, выходящего за пределы симптоматически ограниченного лечения. Болезненное реагирование на фантазии партнера требует особого подхода к преодолению мнительности пациента и заниженной самооценки своей личности. Такая терапевтическая коррекция чувств и установок женщины позволяет ей нормально воспринимать особенности внутреннего эротического мира своего супруга.

Реакции

Режим интенсивной эротической стимуляции в сочетании с отсутствием особых сексуальных обязательств партнеров, как правило, приводит к эрекции за несколько дней. Некоторых мужчин раздражает установка, запрещающая проводить эякуляцию в этот период времени. Ряд мужчин, однако, не достигает ожидаемой сексуальной реакции на эти процедуры. Эти случаи импотенции, скорее всего, связаны с интрапсихически-ми и/или брачными патогенными факторами, и непродолжительные сексотерапевтические сеансы, как правило, не приводят к положительному исходу. Если мужчина не реагирует на поведенческие предписания, назначенные с целью достижения эрекции без оргазма, то в этом случае прогноз секс-терапии является негативным.

Экстравагинальный оргазм

После того, как мужчина обрел уверенность в своей потенции, осуществляется переход к процедурам мануальной и/или оральной стимуляции. Эта процедура в точности напоминает те приемы, которые были описаны ранее. Отличие заключается лишь в том, что мужчине предоставляется полная свобода на тот случай, если он пожелает совершить эякуляцию.

Жены некоторых мужей-импотентов неспособны или не желают достигать оргазма исключительно путем клиторной стимуляции. Это требование оказывает сильное давление на мужчину, который рассматривает эрекцию как непременное обязательство, необходимое для удовлетворения своей жены. В этом случае сексотерапевтическое воздействие сосредоточивается на супруге. Мы убеждаем ее принять экстравагинальный коитус в

качестве альтернативной формы удовольствия. Эта попытка нередко требует долгих психотерапевтических усилий. Но этот подход крайне важен, так как тем самым с мужчины снимается бремя его обязательств и навязанной потребности совершать определенные действия.

27. Женщина сверху — вставляет пенис во влагалище

В результате он может доставить удовольствие своей жене мануально или орально и при этом произвольно контролировать свои действия. Она же не зависит более от эрекционных возможностей пениса, произвольного контроля над которым достичь не удается. У нее исчезает страх быть отвергнутой, возникающий при отсутствии потенции мужа. Он, в свою очередь, не испытывает аналогичного страха, так как в состоянии довести ее до оргазма с помощью ласк и у него нет необходимости «доказывать» свою любовь к жене и подтверждать с помощью эрекции, что он «настоящий» мужчина.

Интромиссия без оргазма

Перед проведением истинного коитуса с оргазмом рекомендуются упражнения вагинального сдерживания. Супружеская пара получит инструкцию заниматься любовными играми в той манере, которая ранее уже позволяла мужу добиться эрекции. Когда эрекция становится стойкой, мужчина осуществляет кратковременную интромиссию. Он может сделать несколько копулятивных движений, но ему не стоит доходить до коитально-го оргазма. Оргазм проходит экстравагинально, как и раньше, то есть после того, как он извлек член из влагалища. В этих случаях мужчина должен контролировать интромиссию, то есть он вводит и извлекает член, когда у него возникают соответствующие позывы. В других случаях мужчина меньше испытывает тревогу и более возбудим, когда жена «контролирует» его пенис. В позе сверху она играет с его пенисом до получения хорошей эрекции. Затем она направляет половой член во влагалище. Она делает несколько движений телом, после чего достает член и снова продолжает эротические игры. Процедуру можно повторить несколько раз. И в этом случае эякуляция должна быть экстравагинальной.

Коитус

Первоначально ощущения, возникающие во время коитуса, могут вызвать определенное состояние тревоги — вот почему необходимо так структурно организовать сексуальное действие на этом этапе, чтобы активизировать ободряющие и поддерживающие стимулы.

Мужчине обычно предоставляется «тайм-аут». Ему рекомендуется заняться

эротическими играми по типу тех, которые были описаны в разделе «Интромиссия без оргазма». Ему сообщается, что он может совершить эякуляцию внутривагинально, если у него имеется к этому позыв. При отсутствии такого желания или если он испытывает сомнения по поводу способности активно действовать, ему следует извлечь половой член из i, влагалища и уже тогда совершить эякуляцию либо вовсе не добиваться ее достижения.

В присутствии своей жены, чувства и настроения которой особенно важны, ему дается совет почувствовать себя «эгоистом». Для того, чтобы активно действовать, он должен полностью отдаться эмоциям и ощущениям, исключая в данный конкретный момент заботу о своей партнерше. Его «эгоизм» носит временный характер, так как в случае ее неудовлетворенности при проявлении этого непроизвольного удовольствия, мужчина может «довести» ее до оргазма клиторным способом уже после того, как он сам испытал оргазм.

Мужчина получает установку на припоминание эротических фантазий. Он получает совет использовать такой ритм, который ему больше всего подходит и доставляет удовольствие, независимо от конкретной позы или сексуального способа. Все эти приемы носят временный характер, и потребность в них отпадает по мере восстановления надежности и стабильности половых отношений. Но если в будущем мужчина испытывает какую-либо мимолетную тревогу, которая плохо сказывается на его потенции, он может помочь себе сам то есть воспользоваться теми приемами, которые он усвоил из секс-терапии.

Реакции

Быстрое восстановление потенции, как, впрочем, и восстановление любой иной сексуальной функции, сопровождается чувством облегчения и радости. Однако в том случае, когда исчезнувший симптом был связан с неосознанными процессами защиты, у пациента после восстановления какой-либо утраченной функции могут возникнуть волнение, тревога или депрессия. Следует заметить, что жена может испытывать даже более сильное эмоциональное переживание в ответ на вновь обретенную ее мужем потенцию. Она может испытывать смешанные чувства и пребывать в полном смятении.

Некоторые женщины испытывают радость по поводу улучшения состояния мужа, что выражается как в их действиях, так и на словах. Однако случается, что женщины крайне встревожены новой ситуацией. Они выражают свою тревогу вербально, либо проявляют ее в подавленном взволнованном настроении. Бывают случаи, когда внутренний конфликт женщины выходит в открытые действия и она неосознанно ставит барьеры на пути успешного излечения мужа.

Бойкот лечению и восстановлению нормальной сексуальной активности мужа принимает порой различные изощренные формы. Это может выражаться во внезапной потере внимания, теплоты и поддержки своему мужу или в мимолетных критических нотках по поводу его поведения. Такие настроения супруги, как правило, становятся заметными в ходе терапевтических сеансов. Поддерживающее отношение женщины может внезапно смениться усиливающимся самоустранением или требовательностью. Сопротивление жены может стать совершенно явным. Она может испытывать опасения, подавленность, может начать много пить и/или высказывать жалобы по поводу характера предписаных упражнений («Они скучные, носят механический характер»). Жена может выступить с открытой критикой или предаться буйному веселью. В одном случае из нашей практики жена завела роман на стороне как раз в тот момент, когда муж достиг нормальных устойчивых эрекций.

Источниками негативных реакций по отношению к своему супругу нередко являются неосознанная враждебность к нему и, что гораздо более распространено, опасение потерять мужа, когда он приобретает потенцию и активность. Некоторые жены психологически содействуют нарушению эрекционной способности своих супругов. Такие женщины несут в себе глубоко укоренившееся ощущение неуверенности. На неосознанном уровне они считают так: «Я не очень привлекательна. Он остается со мной только оттого, что он от меня зависим, а я смирилась с его импотенцией. Если он станет активным, то бросит меня и найдет другую — красивую и подходящую для него женщину». Такие неосознанные страхи могут привести к бойкоту женой процесса лечения, что может выражаться как скрытно, так и явно. Проведение секс-терапии не может быть совершенным, пока не удается адекватным образом устранить отмеченные, порой еле заметные деструктивные проявления в поведении партнеров. Если супруга чувствует предстояюшую угрозу ее счастью и благополучию, нельзя добиться стабильного восстановления потенции. До тех пор, пока не удается разрешить психологический конфликт или, по крайней мере, добиться эмоциональной стабильности во взаимоотношениях супругов, всегда будет сохраняться вероятность рецидива сексуального расстройства.

ЗАМЕДЛЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

Замедленная эякуляция — это непроизвольное подавление оргастического рефлекса мужчины. Физиологически это состояние аналогично расстройству оргастической функции у женщины. Мужчина с данным нарушением способен испытывать сексуальное возбуждение, иметь хорошую потенцию, однако даже при полной стимуляции у него проявляется нарушение рефлекса семяизвержения. Жесткий самоконтроль, то есть случай полного отсутствия эякуляции, даже при мастурбации, встречается редко. Этот факт обнадеживает, так как случаи подобного рода с трудом поддаются лечению. Более мягкие формы задержки эякуляции являются относительно распространенными, и секс-терапия дает хороший прогноз на излечение. При средних (по степени тяжести) формах мужчина добивается эякуляции в одиночку с помощью мастурбации. Мужчины, страдающие мягкими формами задержки, могут достичь оргазма в присутствии своей партнерши, но только в ответ на мануальную и/или оральную стимуляцию. Они не могут сделать это внутривагинально. Ряд мягких форм расстройств являются ситуативными и требуют обычной пролонгации коитуса для достижения эякуляции.

В патогенезе задержанной эякуляции наблюдаются процессы, аналогичные тем, что имеют место при запорах, истерических нарушениях глотания и трудностях мочеиспускания. Дефекация, глотание, уринация и эякуляция являются автономными рефлексами, которые в норме подвергаются произвольному контролю. В том случае, когда человек находится в состоянии аффекта, либо в результате доминирующего воздействия психологического конфликта, возникает непроизвольная защитная реакция, подавляющая тот или иной рефлекс. Сильная защитная реакция приводит к сверхконтролю, то есть к невозможности ослабить рефлекторное торможение на подкорковом уровне.

По всей видимости, источник неосознанного конфликта и/или источники эмоционально обостренного состояния не являются специфическими. Иными словами, невозможным представляется выделить такую специфическую психодинамическую связь, которая бы в одном случае была характерна для задержанной эякуляции, а в другом — для импотенции. Те же самые формы бессознательных страхов кастрации и тревоги, а также страхи выполнения обязательств в отношении партнера могут привести в одном случае к эрекционным расстройствам, а в другом — к задержкам эякуляции. Конфликты могут быть одними и теми же, тогда как формы защиты разными. При задержке эякуляции имеет место неосознанное торможение, связанное с чрезмерным контролем. Этот контроль позволяет мужчине избежать переживания тревоги, тогда как в случае импотенции нарастающее возбуждение приводит к потере контроля: тревога нарастает лавинообразно и приводит к импотенции.

Основной целью краткого секс-терапевтического вмешательства является отвлечение мужчины от потребности в излишнем контроле с тем, чтобы высвободить заторможенные рефлекторные проявления. Часто такая стратегия дает очень хорошие результаты. В ряде случаев необходимо, по крайней мере частично, разрешить и перестроить конфликтную ситуацию с тем, чтобы пациент позволил себе отвлечься. Для таких пациентов важными факторами тревожности и подавленной защиты от тревоги являются взаимоотношения с партнером. Неосознанные конфликты во взаимоотношениях супругов требуют серьезного разрешения еще до того, как пациент сможет спокойно и без трудностей наслаждаться

оргазмом.

Стратегия лечения

Лечение замедленной эякуляции основано на двух основных терапевтических принципах*:

1) прогрессивная десенсибилизация внутриваганальной эякуляции, проводимая in vivo (т.е. десенсибилизация в присутствии партнерши);

2) стимуляция, сопровождаемая отвлечением.

Прогрессивная десенсибилизация

Большинство пациентов с задержанной эякуляцией могут добиться нормальной эякуляции при определенных условиях. Основная стратегия лечения заключается в адаптации эякуляционного рефлекса к условиям коитуса. Структурирование процедур осуществляется с учетом этой стратегии. Специфические бихевиоральные предписания варьируются в зависимости от индивидуальных особенностей.

28. Мужчина мастурбирует, сидя спиной к женщине

29. Мужчина мастурбирует, обнимая женщину

30. Женщина мастурбирует, ладонь мужчины лежит на ее руке

К примеру, пациент способен к эякуляции только в том случае, когда он один и жена ушла из дома. Он может достичь оргазма при мастурбации, представляя при этом, как незнакомка возбуждает его орально. Если он совершает сношение с женой, то получает удовольствие, имеет стойкую эрекцию, удовлетворяет жену, но не достигает оргазма, даже если коитус продолжается целый час. Эрекция постепенно затухает, и он засыпает.

Данная ситуация открыто обсуждается с обоими партнерами. Первое предписание в этом случае может быть следующим. Мужчина мастурбирует один, за закрытыми дверями, переживая привычные для него фантазии, но жена остается в доме, в самой удаленной комнате. Если мужчина добивается оргазма, процедура повторяется через несколько дней, но жена на этот раз уже находится в соседней комнате. Затем все повторяется снова, но жена при этом присутствует в одной комнате с мужем. Следующий этап: они совершают половой акт, и муж отправляется в ванную комнату, чтобы мастурбировать до наступления оргазма. Такая последовательность событий позволяет установить связь между гетеросексуальным актом и оргазмом. Поворотное событие терапии наступает в тот момент, когда жена пациента мануально (рекомендуется использовать вазелин) возбуждает мужа до оргазма. Ему предлагается переживать в этот момент привычные для него фантазии. Эти фантазии можно сохранять при себе или открыто обсуждать их с женой во время сексуальных действий. (Использование фантазий составляет другой важный принцип лечения — отвлечение от навязчивого контроля и самонаблюдения во время стимуляции).

После того, как пациент испытал оргазм после возбуждения своей женой, дальнейшая мастурбация в одиночку запрещается. Теперь он может совершать эякуляцию только в присутствии или при участии своей жены. Следующим этапом терапии является «перевод» эякуляции во влагалище.

После того, как мужчина достигает устойчивого оргазма в результате мануального возбуждения, используется прием «мужской мост». Женщина с помощью вазелина возбуждает пенис мужа мануально и проводит стимуляцию до момента, когда у него вот-вот наступит оргазм. После этого мужчина вводит половой член во влагалище и совершает копулятивные движения, при этом женщина стимулирует его пенис рукой. На рис. 32 и 33 показаны позы, при которых возможно и удобно выполнять этот прием.

Таким образом, получается сочетание мануальной стимуляции с вводом пениса и

коитальными движениями, при этом жена продолжает мануальную стимуляцию. Он во время коитуса обязательно сообщает жене о моменте приближения оргазма с тем, чтобы она могла убрать руку, а он сделать несколько движений, приводящих к наступлению истинного оргазма. Поза, при которой женщина во время полового акта держит ноги плотно сжатыми (рис.34), усиливает силу фрикций и может оказаться полезной на этом этапе лечения.

Стимуляция и отвлечение

Основной принцип лечения пациентов с задержанной эякуляцией, а также женщин с подавленным оргазмом заключается в сочетании интенсивной стимуляции и отвлечения от подавления возбуждения. Ранее уже отмечалось, что внутренние переживания эротических фантазий во время генитальной стимуляции являются отличным средством «растормаживания» рефлекса. Однако некоторым пациентам требуется более полное и цельное отвлечение, потому что они не в состоянии «затеряться» во внутреннем мире своих фантазий и образов. В этом случае я рекомендую эротическую литературу или рассмотрение эротических картин во время стимуляции. Так, к примеру, одна женщина испытала свой первый оргазм под влиянием эротического романа, при этом она использовала вибратор для стимуляции.

Частично замедленная эякуляция

Описываемый синдром не носит распространенного характера и диагностируется как замедленная эякуляция, хотя мной предложено называть его частично замедленной эякуляцией. Проявления этого синдрома связаны с нарушениями эякуляционной фазы оргастического рефлекса, тогда как другая фаза (эмиссия) сохраняется в норме. Мужской оргазм состоит из эмиссии, представляющей собой симпатически опосредованное сжатие семявыводящего канала, простаты и мошонки. Цель сокращений — способствовать выведению эякулята в мочеиспускательный канал. Эта фаза переживается без сладострастных ощущений и воспринимается как «ощущение неизбежного оргазма». Фаза собственно эякуляции обычно наступает через долю секунды. Она состоит из ритмических сокращений бороздчатой мускулатуры у основания пениса. Эта фаза оргазма связана с особо сладострастными ощущениями; на этом этапе происходит впрыскивание эякулята.

Мужчина, страдающий замедленной эякуляцией, обладает хорошей эрекцией. Но в момент оргазма он испытывает только поллюционную фазу оргазма. Он ощущает «облегчение», но не испытывает удовольствия. Физиологически имеет место медленное просачивание семени и медленное уменьшение припухлости члена (мускульные сокращения не приводят к оттоку крови от сосудов).

31. Женщина стимулирует пенис, расположенный рядом с влагалищем

32. Так женщина может касаться члена мужчины во время сношения
'

33. Женщина касается мужчины во время сношения, мужчина сзади

Этот крайне редкий синдром нередко ошибочно относят к регрессивной эякуляции. При регресивной эякуляции эякулят выбрасывается в областъ мочевого пузыря, так как внутренняя везикулярная мышца парализована в результате заболевания или интоксикации в ходе приема анти-холинэргических препаратов. Мускулатура в основании пениса сохранена в норме, оргазм приносит удовольствие, но он является «сухим», то есть отсутствует внешнее семяизвержение.

Число пациентов с частично замедленной эякуляцией невелико. Те пациенты, которые получили излечение в ходе проведенных мной сексотерапевтических сеансов, были неспособны предаться сексуальным переживаниям. Они проявляли сверхконтроль, чрезмерную самокритичность, были запрограммированы на выполнение заданных сексуальных действий. Такие проявления психологической защиты вызваны различными неосознанными конфликтами и тревогой. Терапия таких пациентов основана на уже отмеченных принципах выбора стратегии для лечения случаев замедленной эякуляции: она включает возбуждающую стимуляцию в сочетании с приемами релаксации и отвлечения.

Один из моих пациентов испытал полноценный сладострастный оргазм в то время, когда он был поглощен просмотром эротического фильма и одновременно получал стимуляцию от своей партнерши.

Еще один из способов лечения замедленной эякуляции заключается в усилении стимуляции путем перестройки задач, при которой потребность в эякуляции постепенно нарастает, тогда как навязчивый защитный контроль пациента убывает. Пациенты, страдающие частичной или полной задержкой эякуляции, нередко отмечают, что при нарастании приятного возбуждения и приближении к стадии оргазма они задают себе вопросы: «Будет ли это нормальный оргазм?» и «Скоро ли он наступит?». В таких случаях пациенту предлагается воздержаться от эякуляции. Он должен извлечь член из влагалища и отказаться от дальнейшего возбуждения. Эта установка остается в силе и в следующий раз, во время занятий сексом. Мужчине разрешено провести эякуляцию только в том случае, если он прекращает размышлять по поводу самого процесса.

Реакции

Следует еще раз повторить, что при оценке этиологии сексуального расстройства вряд ли оправданно говорить о специфических патогенных факторах. Другими словами, мы не вправе утверждать, что специфической причиной импотенции является комплекс кастрации или тревога, связанная с «изъянами» ролевого поведения. Любой источниик тревог может привести к нарушению эрекционного рефлекса. Тот факт, что комплекс кастрации, тревога по поводу «изъянов» ролевого поведения часто встречаются в этиологии сексуальных расстройств, вовсе не означает, что эти психогенные факторы следует рассматривать как постоянно действующие.

34. Женщина плотно сжимает ноги во время сношения

Конфликты любого рода и механизмы защиты от этих конфликтов могут в равной мере стать причиной подавления оргастического рефлекса. Однако в случае замедленной эякуляции с высокой долей вероятности проявляются два типа конфликтов: (1) опасение быть сильно привязанным к конкретной женщине и (2) связанные с этим опасением конфликты, проявляющиеся в агрессивности и садистических импульсах в отношении женщин. В ходе лечения нередко обнаруживается психологическое и физиологическое «затягивание» мужчиной проявлений оргазма. Нередко такие пациенты не осознают глубины своей враждебности в отношении к женщинам. Необходимо вызвать конфронтацию мужчины со своей враждебностью, а источники этой враждебности должны быть предварительно установлены и проанализированы. Преодоление чувства враждебности является обязательной предпосылкой успешного прогноза при лечении оргастического нарушения. Большинство пациентов испытывают вину по поводу своих агрессивных импульсов и поэтому искусно и упорно защищают себя от подобных состояний. Мужчине необходимо помочь в преодолении чувства вины, вот почему важную часть стратегии лечения данного контингента пациентов составляют суггестивные, поддерживающие утверждения о том, что его (пациента) импульсы не несут в себе зла, что когда люди злятся, на то есть причины, что злость — это, по сути, конструктивный приспособительный импульс и т.п.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

Преждевременная эякуляция — самое «любимое» сексуальное расстройство в практике секс-терапевтов. Несмотря на то, что она встречается довольно часто и вызывает много хлопот, однако, в большинстве случаев, секс-терапия дает успешный прогноз на его излечение. При этом можно заметить, что данное нарушение с трудом поддается коррекции с использованием других форм терапии.

Пациент с преждевременной эякуляцией достигает оргазма настолько быстро, что «занятие любовью» нередко разочаровывает обоих партнеров. Суть преждевременной эякуляции заключается в отсутствии произвольного контроля за эякуляционным рефлексом. Одни рефлексы поддаются произвольному контролю, другие нет. Эрекция у мужчин и генитальная вазопшеремия у женщин не поддаются, тогда как оргазм и эякуляция поддаются такому контролю. Человек в норме способен задержать оргазм или «отпустить» его по своему желанию. Пациент с преждевременной эякуляцией этого сделать не может. Эрекция наступает у него рефлектор-но, как только он достигает критического уровня возбуждения.

Мной предложена гипотеза о том, что причина неумения сдерживать эякуляцию заключается в отсутствии осознания тех ощущений, которые предваряют наступление оргазма. Возможно, в данный момент мужчина переживает некое волнение, отвлекающее его. Перцептивное осознание ощущений, сопровождающих рефлекс (например, при мочеиспускании или дефекации), является важным условием приобретения и развития произвольного контроля.

Стратегия лечения

Успешное лечение заключается в формировании у пациента четкого осознания ощущений, предваряющих наступление оргазма. Формирование этой обратной сенсорной связи проводится в спокойной обстановке, в присутствии и с участием жены.

Имеется два эффективных способа лечения преждевременной эякуляции, в основе которых, по всей видимости, лежит один и тот же механизм, позволяющий в гетеросексуальной ситуации «обострить» осознание пациентом своих предоргастических ощущений. Первый способ — это прием «сжатие», предложенный У.Мастерсом и В.Джонсон, второй прием — «стоп-старт». Последний прием был разработан Джеймсом Сэмансом и адаптирован для практического использования в клинике Корнелла.

«Стоп-старт»

Первоначально пациент добивается контроля с помощью мануальной стимуляции, осуществляемой его женой.

Супругам рекомендуется проводить предварительные ласки до того момента, когда у мужа возникнет устойчивая эрекция. Затем он ложится на спину, закрывает глаза, а жена стимулирует половой член. Ему предписано сфокусировать свое внимание на своих эротических ощущениях. Почувствовав приближение оргазма, он говорит жене, что нужно сделать остановку. Через несколько секунд позыв к эякуляции ослабнет, и жена вновь продолжит стимуляцию. При появлении предоргастических ощущений он вновь просит сделать паузу. Процедура повторяется четыре раза. На четвертый раз он кончает. Мужчине дается установка сосредоточиться на своих ощущениях и не позволять себе отвлекаться. В отличие от случаев импотенции и замедленной эякуляции, когда отвлечение на фантазии

специально поощряется, при преждевременной эякуляции пациент, наоборот, должен воздерживаться от любого рода отвлекающих моментов. Суть терапевтического приема заключается в том, что пациент научается распознавать признаки наступающего оргазма.

После двух успешных попыток супруги повторяют всю процедуру, но на этот раз для усиления возбуждения используется вазелин.

После трех-четырех успешных попыток с использованием вазелина супруги готовы к коитусу, который также осуществляется по образцу «стоп-старт». Женщина занимает положение сверху. После интроитуса он кладет свои руки ей на бедра и направляет ее движения вверх-вниз. Затем он останавливает ее. Через несколько секунд, после ослабления позыва к эякуляции, они вновь продолжают. Первоначально он не совершает никаких движений. При четвертом случае приближения оргазма он делает вводящее движение и достигает семяизвержения. И на этот раз крайне важно, чтобы мужчина сосредоточил свое внимание на переживаемых ощущениях. После трех-четырех упражнений (женщина занимает положение сверху, а он активно совершает коитальные движения) и по мере успешного овладения самоконтролем, супружеская пара может переходить к выполнению тех же действий в позе лежа на боку. Поза «мужчина сверху» является более сложной для этого типа процедур, и эту позу рекомендуется принимать последней.

35. Женщина стимулирует пенис, выполняя упражнения по методу Сэманса

36. Женщина сверху, выполнение упражнений по методу Сэманса

37. Сношение в позе лежа на боку

38. «Сжатие»

Как правило, мужчина добивается хорошего контроля за эякуляцией за период от 2 до 10 недель, хотя устойчивый контроль обычно достигается по истечении нескольких месяцев со времени прекращения терапевтических процедур. За это время супругам рекомендуется делать одно упражнение «стоп-старт» в неделю.

Сжатие»

Метод «сжатия», рекомендуемый У.Мастерсом и В.Джонсон, включает примерно те же приемы, что и только что описанный прием «стоп-старт». Единственное отличие выражается в том, что вместо остановки («стоп») женщина сжимает пенис своего мужа. Конкретно, она сжимает член средним, указательным и большим пальцем чуть ниже головки и сдавливает его до тех пор, пока эрекция частично не ослабевает, после чего она возобновляет стимуляцию*.

Во время коитуса (женщина в позе сверху) также практикуется сжатие. В этом случае женщина извлекает половой член из влагалища и сжимает его до ослабления эрекции. Затем она проводит его стимуляцию до восстановления эрекции с последующим вводом во влагалище и коиталь-ными движениями.

Реакции

1. Утомление.

Если тренинг продолжается больше нескольких часов, вся процедура становится однообразной и утомительной. По этой причине после примерно трех недель тренинга я позволяю супругам «пустить все на самотек», то есть в течение одной недели заниматься сексом спонтанно, без процедур «стоп-старт».

2. Разочарование женщины.

За период тренинга восторг женщины может смениться ее разочарованием. По этой причине и если этого пожелает женщина, супружеской паре рекомендуется заняться любовными играми, позволяющими ей достичь оргазма путем клиторной стимуляции. Эти занятия не должны отвлекать мужчину от концентрации своего внимания на приемах «стоп-старт» или проводиться в ущерб общей терапии. Ему необходимо избавиться от мыслей о своей жене в то время, как он получает стимуляцию, в противном случае упражнения могут оказаться безрезультатными. Вот почему клиторная стимуляция проводится после того, как мужчина испытал оргазм. Это правило сохраняется как в экстравагинальной, так и в коитальной фазе процедуры «стоп-старт».

3. Сопротивление.

Две фазы терапевтических процедур, экстравагинальная и коитальная, могут привести к выявлению различных эмоциональных откликов у членов супружеской пары. Реакции супругов могут поставить перед терапевтом проблемы, препятствующие прогрессу лечения. Но одновременно содержание реакций пациентов предоставляет уникальную возможность терапевтического вмешательства, так как реакции супругов нередко обнажают глубинные психологические конфликты супружеской пары или одного из ее членов.

Если жена враждебно относится к мужу, она может с гневом реагировать на «использование» себя в качестве «гейши» на этапе первой фазы лечения (она стимулирует его половой член). Напротив, когда супруги с участием и любовью относятся друг к другу, жена получает огромное удовлетворение от своей роли помощницы мужа: успехи мужа доставляют ей безмерное удовольствие.

Мануальные упражнения «стоп-старт» способны «обострить» глубинные чувства и механизмы защиты от этих чувств у самого мужчины. Мужчина, в самом ядре личности которого заложена неуверенность и мнительность по поводу своих способностей приносить любовь, нередко воздвигает защитные преграды, которые проявляются в излишней заботе о своей партнерше, навязчивом внимании к удовлетворению ее желаний. Упражнения «стоп-старт» устраняют эти защитные «сооружения». Мужчине предлагается принять на себя роль «получателя» удовольствия от своей партнерши. Такие изменения у некоторых партнеров очень часто приводят к обострению тревожных состояний. Иногда это состояние выражается как страх быть отвергнутым своей женой. У мужчин с обостренным состоянием тревоги могут наблюдаться паранойяльные проявления защиты. Некоторые мужчины не способны дойти до завершения процедуры лечения без предварительного психотератевтического разрешения своих конфликтов.

Имеется ряд положительных эмоциональных реакций на прием «стоп-старт». Часто эти упражнения в первый раз позволяют мужчине почувствовать пассивную роль в сексуальных взаимоотношениях. Мужчина осознает, что приятно не только «давать», но и «получать». Он вновь убеждается в любви к себе со стороны жены, которая не бросит его, даже отдавая себя и жертвуя своим удовольствием на то время, когда он больше ей «не служит».

Если экстравагинальная фаза лечения выявляет эмоции, связанные с ролевым поведением дающего/получающего ласки и пассивно-рецептивной ролью мужа, то коитальная фаза упражнений «стоп-старт», как правило, раскрывает эмоции, связанные с прогрессивным улучшением в состоянии мужчины. К тому времени, как лечение достигло этапа «стоп-старт» с позой женщины «сверху», мужчина уже в значительной степени овладевает контролем за эякуляцией. В простых случаях более совершенная половая активность мужчины вызывает восторг и облегчение у обоих супругов. Однако это улучшение может оказаться угрожающим и для мужа, и для жены. Женщина может четко осознавать источник своих переживаний и опасений, но нередко это осознание отсутствует, и тогда состояние женщины можно оценить по ее действиям, направленным на «бойкот» успешного лечения мужа. Этот «бойкот» может выражаться в отказе от сотрудничества, выражении усталости и, что еще хуже, открытом отвращении к рекомендуемым процедурам. В этот момент некоторые женщины делают агрессивные критические выпады в адрес своих супругов. Они приводят в уныние своих мужей, дают им понять, что даже если они и восстановят контроль за эякуляцией, все равно они останутся неудачниками в других отношениях.

Мотивы такого рода негативных откликов на улучшение в состоянии мужа коренятся в глубокой личной неуверенности жены. Она чувствует себя «не в своей тарелке», не уверена в своей способности удержать мужа «при себе». Его трудности и ее терпимость сделали мужа зависимым. Теперь, когда он вот-вот восстановит способность нормально действовать, не будет ли он искать других, более привлекательных женщин? Очевидно, что в такой ситуации женщина должна получить поддержку, заверения в любви и убежденность в своей незаменимости для мужа.

Другим источником тревог в случае восстановления нормальной эякуляции у мужчины являются сексуальные трудности жены. Многие жены мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией, сами в какой — то мере подвержены проявлениям сексуальных расстройств. Не удивительно, что они и их мужья относят эти проявления на счет нарушений мужа. Наконец, как можно ожидать полноценного оргазма у женщины, муж которой преждевременно заканчивает половой акт? Однако в большинстве случаев сексуальные расстройства женщин все же не связаны с сексологическим состоянием их супругов.

Проблемы эякуляции у мужа долгое время служили прикрытием собственных проблем жены. Теперь, когда он может совершать половой акт достаточно долгое время, возникает вопрос о способности жены испытывать оргазм. Такое положение таит в себе угрозу, особенно если в родственном кругу существует легенда, согласно которой муж признан источником неприятностей, а жена — жертвой.

Для упреждения подобных эмоциональных реакций я всегда, уже на первом сеансе, даю четкое предупреждение о том, что лечение преждевременной эякуляции будет обязательно успешным. Я говорю о том, что вначале мы исправим преждевременную эякуляцию мужа и что успешный контроль за эякуляцией со стороны мужа не гарантирует нормального состояния жены. Восстановление мужем контроля не имеет здесь никакого особого значения. Сексологическое состояние жены может быть оценено только после того, как муж добился успешного контроля. Если окажется, что у жены есть проблемы, их разрешение будет проводиться только в это время.

Если у супруга после излечения мужа проявляются негативные реакции, то исход

терапии в любом случае следует признать удовлетворительным, так как для жены также открывается возможность воспользоваться преимуществами сексотерапевтического лечения. Терапевт должет найти тактичный и тонкий подход к супруге с тем, чтобы добиться устойчивого контроля за преждевременной эякуляцией у мужчины, поведение и состояние жены которого может помешать завершению лечения.

В редких случаях возможно проявление защитных реакций мужчин на свое собственное улучшение. Симптом преждевременной эякуляции может рассматриваться таким мужчиной как неосознанная потребность, как его единственный способ «бегства» от подавляющей, напоминающей мать жены. В этом случае на этапе коитуса возникает непреодолимая преграда, и в результате мужчина может утратить потенцию.

На этом этапе необходимо обязательное разрешение конфликта. В моей практике имели место эти редкие случаи, когда приведенная выше процедура лечения оказалась малоэффективной для мужчин, проявляющих резистентность, связанную с отмеченным конфликтом. Вероятно, существует небольшая часть пациентов, не поддающихся лечению по указанному методу, рассчитанному на образование у мужчины сенсорной обратной связи при наступлении оргазма. Данные клинического опыта говорят о том, что все случаи преждевременной эякуляции имеют благоприятный прогноз в ходе сексотерапевтического лечения, за исключением тех проявлений, когда эякуляторное «недержание» служит глубоко укоренившейся психологической потребности, устранить которую бихевиоральным способом не представляется возможным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РОЛЬ ПСИХОДИНАМИКИ В СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Возвращаясь назад к написанному, я испытываю неловкое ощущение, что в содержании руководства слишком много места было отведено «механике» сексуальных действий. Однако изначально целью данной книги как раз и явилось предельно четкое описание наиболее распространенных в секс-терапии упражнений, а также концептуальное обоснование механизмов, лежащих в основе этих упражнений. Кроме того, в книге особое внимание уделялось анализу эмоциональных реакций, которые проявляли пациенты в ходе выполнения сексотерапевтических процедур.

Как бы там ни было, от ощущения определенной механистичности и запрограммированности сексуальных действий, видимо, никуда не уйти. Однако я очень надеюсь, что читатель смог почувствовать и оценить ту тесную связь, которая обнаруживается у описанного подхода с задачами психотерапии. Я также надеюсь, что в книге достаточно убедительно и детально были описаны возможные трудности и неожиданности, подстерегающие секс-терапевта в его работе. Мы уделили особое внимание некоторым способам психологического взаимодействия терапевта с пациентами в зависимости от эмоциональных состояний и реакций пациентов, выполняющих сексотерапевтические процедуры. Мы находим особую красоту и притягательность метода секс-терапии именно в сочетании структурно продуманных и обоснованных сексуальных упражнений с возможностями психотерапии, сочетании, которое характерно именно для этого метода. По сути, практическая деятельность врача и заключается в таком использовании возможностей психотерапии, которое позволило бы ему активно взаимодействовать с супружеской парой, умело комбинировать различные терапевтические приемы, чутко анализировать состояния пациентов и оказывать им своевременную поддержку в ходе сеансов, проходящих в его кабинете. Динамическое взаимодействие практики и психотерапевтического подхода — вот в чем заключена суть современной секс-терапии.

Следует отметить, что нередко основные психотерапевтические усилия сосредоточены на преодолении сопротивления, возникающего у пациентов при выполнении ими терапевтических процедур.

Сопротивление

Определение понятию сопротивления дал З.Фрейд. Ему довелось наблюдать сопротивление терапии у тех пациентов, состояние которых улучшалось в результате психоаналитических сеансов. Он объяснял такое странное поведение пациентов их неосознанным желанием оградить себя от ясного (сознательного) признания бессознательных конфликтов, которые стали источниками их тревоги. Чтобы избежать осознанного признания бессознательного конфликта, они делали попытки саботировать анализ. Понятие сопротивления имеет широкое значение и в равной мере относится к

тревоге пациентов, стоящих перед необходимостью повернуться лицом к попытками отказаться от защитных реакций и изменить свое поведение. Таким образом, сопротивление пациентов, проходящих курс секс-терапии, сродни той, что возникает у пациентов, проходящих курс психоанализа. В результате начинающий, неподготовленный терапевт порой озадачен такого рода иррациональным поведением пациентов, которые не выполняют его предписания.

Необходимо провести четкое разделение между сопротивлением пациентов процессу терапии, с одной стороны, и ее результатам — с другой. Как неоднократно отмечалось, некоторые пациенты порой крайне негативно реагируют на участие в предписанных процедурах и эротических действиях. Иные пациенты выражают сопротивление результатам секс-терапии: иными словами, восстановленная до нормы сексуальная функция активизирует их тревогу и чувство вины.

Сопротивление результатам секс-терапии

Многие люди испытывают тревогу от удач и удовольствий. Полные люди боятся худеть, бедные опасаются делать деньги, а лица с сексуальными нарушениями нередко втайне опасаются достичь сексуальной полноценности, хотя сознательно крайне желают достичь нормы. Бессознательные мотивы опасений различны. Нередко они принимают форму предчувствия физической травмы. Такое предчувствие бывает производным от бессознательного и неразрешенного табу на кровосмешение. Нередко поводом к опасениям становится неосознанный страх быть покинутым партнером. Но независимо от того, каковы источники и мотивы страхов, достижение сексуального успеха или предчувствие его достижения вызывают у некоторых людей активное сопротивление терапевтическому вмешательству.

Улучшение сексуального функционирования партнера может переживаться неуверенным в себе человеком с тревогой и опасениями. Они возникают по поводу возможной потери близкого человека. И в этом случае неуверенный пациент может саботировать лечение и мешать реабилитации своего партнера.

Следует признать, что исследователи и авторы, тяготеющие к психоанализу, склонны придавать несколько преувеличенное значение желанию пациента сохранить и задержать состояние эмоциональной травмы в ответ на положительный исход лечения. Теория психоанализа предсказывает, что любая нормализация симптома, не связанная с разрешением конфликта на глубинном бессознательном уровне, будет сопровождаться интенсивным проявлением тревог и/или появлением и развитием замещающего симптома. Таким образом, если пациенты сохраняют основной конфликт неразрешенным, то они также сохраняют и защиту от тех же самых «угроз», которые продолжают действовать в ответ на новый замещающий симптом.

Иными словами, если устранить сексологический симптом, то появится новый, а конфликт и/или защиты сохранятся. В таком утверждении содержится ряд противоречий, требующих отдельного рассмотрения. На практике же лишь небольшая часть пациентов (а не все пациенты, как это следует из психоанализа) проявляет значительную тревогу в связи с улучшением своей сексуальной активности. Однако преходящая тревожность по поводу улучшений является типичным явлением, и поэтому терапевт должен быть готов к подобного рода невротическим реакциям пациентов. В этой преходящей тревожности пациентов есть и свои плюсы — ведь в этом случае терапевту открывается отличная возможность психодинамического анализа и разрешения ранее скрытых конфликтов

пациента.

Теория научения предлагает свой, совершенно противоположный подход в решении данного вопроса. Согласно положениям бихевиорального подхода, устранение симптома вызывает исключительно положительную реакцию пациента. Улучшение состояния пациента переходит на другие сферы его поведения и благотворно сказывается на различных сторонах поведения пациента в целом. Отсюда следует, что бессознательное сопротивление пациента терапевтическому вмешательству вообще отсутствует. И на самом деле, некоторые пациенты ведут себя именно так, как и предсказывают бихевиористы. Ряд пациентов и их супруги проявляют искреннюю радость от переживания нормальной и совершенной сексуальной активности, они заинтересованно и открыто участвуют в терапевтическом процессе. Но такие пациенты, и это следует признать совершенно однозначно, составляют меньшинство.

В клинической практике подавляющее большинство супружеских пар, иногда в мягких формах, но все же в той или иной мере эмоционально выражают определенное недовольство благоприятным исходом секс-терапии. Для более благополучных супружеских пар эти негативные состояния являются, как правило, недолгими и имеют характер неких опасений. У таких пар при нормализации половой активности еще крепче становятся супружеские связи и улучшается общее самочувствие. Менее благополучные пациенты скорее склонны проявлять негативные эмоциональные деструктивные реакции на свое улучшение. Еще раз следует напомнить, что гибкий и чуткий психодинамический подход со стороны терапевта является залогом преодоления «тревожного ожидания успеха» и общего благоприятного исхода терапии.

Сопротивление процессу секс-терапии

Не только результат, но и процесс сексотерапевтического лечения может привести к мобилизации сопротивления. Предписанные процедуры нередко обязывают пациентов совершать действия, которых они ранее избегали по причине того, что именно эти действия сопряжены у этих пациентов с тревогой, неудовольствием или ощущением вины. В сексотерапевтическую активность обязательно входят прикосновения, ласки, поцелуи, проявления чуткого отклика на пожелания и просьбы партнера. Эти формы поведения неразрывно связаны с открытостью, участием, близостью. Но именно такое поведение видится крайне угрожающим для человека, защищающего себя с помощью отчуждения, отстранения и контроля своих эмоций. Не удивительно, что такие пациенты противятся любому терапевтическому вмешательству. Иногда они могут признаться самим себе в своих трудностях и сообщить о них терапевту или партнеру. Чаще такая осознанная самооценка невозможна — она была бы крайне угрожающей для пациента. В результате эти пациенты создают видимость некой деятельности. Они избегают выполнения предписаний или выполняют их неумело, автоматически, с явным нежеланием. Они резонерствуют по каждому поводу, устраивают сцены своим партнерам, делают словесные выпады в адрес терапевта и/или критикуют самолечение. Терапевт должен быть готов к подобным проявлениям сопротивления. Прояснение и проработка или «коллатеральное» движение в обход негативных явлений — обязательные условия продолжения курса терапии.

В процессе секс-терапии трудности могут появиться не только у отдельного члена супружеской пары, но и у самой пары как нераздельного целого. Секс-терапевт предпринимает попытку изменить отношения в системе супружеской пары. Задача заключается в переходе от роботоподобных сексуальных контактов в область добрых

человечных отношений: от необщительного, скрытного поведения — к открытому и честному, от враждебности к любви. Когда и муж, и жена не уверены в себе, изменения в моделях их поведения и взаимоотношения могут какое — то время казаться для них болезненными. Болезненные переживания исчезают, как только супружеские отношения приобретают стабильность на более реалистической основе. Таким образом, процедуры секс-терапии могут привести к активизации сопротивления как у одного, так и у обоих членов супружеской пары.

Прогноз секс-терапии

Исход лечения зависит от трех факторов: характера расстройства, внутренней структуры и глубины психопатологии и качества брачных взаимоотношений.

Так, к примеру, прогноз лечения таких расстройств, как преждевременная эякуляция, вагинизм, полная аноргазмия, является благоприятным.

Редко встречаются случаи, чтобы мужчина с преждевременной эякуляцией не обрел контроль над эякуляцией за несколько недель (месяцев) секс-терапии. По всей видимости, этот случай (преждевременная эякуляция) относительно независим от воздействия двух других факторов (психопатогенного и брачного): даже мужчины-невротики, имеющие серьезные супружеские проблемы, успешно восстанавливают контроль над эякуляцией. Если существует минимум стабильности в супружеских связях, достаточный для возможного терапевтического вмешательства, и если пациент в состоянии сосредоточиться на своих предощущениях во время стимуляции, то такой пациент, судя по нашему опыту, сможет удерживать и контролировать свою эякуляцию*.

Сексотерапевтический прогноз вагинизма принципиально идентичен прогнозу при лечении преждевременной эякуляции. Если пациентка в состоянии и согласна переносить постоянно увеличивающиеся объекты, вводимые во влагалище, она довольно быстро получит «излечение». Разрыв условных связей относительно независим от воздействия сопутствующих психопатогенных и брачных факторов. Однако обычное размыкание условных связей и преодоление судорожных сокращений при интроитусе еще не означает, что женщина получает истинное удовольствие от занятий сексом. Различные супруги по-разному адаптируются к новой ситуации. Одним не требуется дополнительная помощь терапевта, у других открываются новые проблемы, нередко связанные с нарушением оргастического рефлекса у супруги и/или нарушениями потенции и эякуляции у мужа. В последнем случае требуется дополнительня терапия.

Женщина, никогда ранее не испытывавшая оргазм, также имеет хорошие перспективы добиться успеха в ходе сексотерапевтического лечения. И это может показаться удивительным, так как в отличие от двух других только что рассмотренных случаев, случай аноргазмии очень тесно связан с воздействием психодинамики супружеских отношений, а также с неосознанными внутриличностными факторами. Однако на практике редки те случаи, когда терапевту не удается научить женщину достигать оргазма. И все же результаты лечения часто не совпадают с основными целями и задачами секс-терапии. Некоторые женщины научаются достигать оргазма с помощью мастурбации и не идут дальше этого. Другие способны испытывать оргазм при участии партнера, а некоторые развивают способность достигать истинного оргазма в ходе полового сношения.

Лечение эрекционных и ситуативных оргастических расстройств представляется более сложным, а исход лечения дает самые различные результаты. Возможно, этому способствует сильная зависимость этих синдромов от влияния психогенных факторов и структур.

Секс-терапия дает относительно благоприятный прогноз на лечение эрекционных нарушений. Потенция в гораздо большей мере обусловлена эмоциональными и психическими состояниями мужчин, чем нарушения эякуляции. Сексотерапевтический прогноз становится успешным, если эмоциональные нарушения легко преодолеть или обойти в ходе лечения. В случае, если негативные реакции при половом контакте с женщиной носят глубоко укоренившийся характер, прогноз становится пессимистическим. В клинической практике большинство случаев вторичных расстройств потенции имеют хороший исход лечения. Секс-терапия оказывается крайне эффективным средством гуманизации сексуальных контактов и устранения разрушительных источников напряжения и тревоги, которые так характерны для нашей культуры. Однако секс-терапия имеет относительно скромные достижения (порядка 50% случаев положительного исхода) в лечении первичных эрекционных расстройств, и эффективность секс-терапии ограничена, когда дело касается ярко выраженных психопатологий и семейных дисгамий. Однако даже пациенты-невротики должны получить свой шанс излечения в ходе секс-терапии, ведь нередко такое лечение даже позволяет «обойти стороной» основную психопатологию и пациент начинает действовать сексуально, не обращая внимания на основной синдром.

Менее определенным является сексотерапевтический прогноз при лечении ситуативных оргастических расстройств. В ходе лечения почти все женщины научаются переходить к оргазму посредством самостимуляции в присутствии партнера. Но результаты коитального оргазма порой непредсказуемы. По сути, когда коитальный оргазм не рассматривается как единственная цель, исход можно признать успешным. У женщин с физиологически низким порогом наступления оргазма, имеется высокая вероятность достижения истинного коитального оргазма в ходе сексотерапевти-ческого лечения. Если члены супружеской пары, в которой женщине требуется клиторная стимуляция, принимают данный способ стимуляции как норму, они быстро достигают взаимного удовлетворения и сексуальной гармонии. Для тех, кто считает единственно нормальным проявлением женского оргазма коитальный способ его достижения, результаты секс-терапии (от 25 до 50% положительных случаев) могут показаться малоэффективными*.

Секс-терапия дает четкий и однозначный прогноз в случае замедленной эякуляции и оргастических расстройств у мужчин. Этот прогноз в значительной степени определяется конкретным состоянием пациента. При мягких, частичных формах замедленной эякуляции сексотерапевти-ческое лечение быстро дает положительные результаты. Тяжелые случаи, которые прочно «привязаны» к бессознательным конфликтам и сопутствующим им защитам, очень часто не поддаются терапевтическому вмешательству в ходе непродолжительных сеансов секс-терапии.

Наихудший прогноз секс-терапии приходится на случаи полной анор-газмии женщин. В этих случаях полное подавление сексуальных функций связано с глубокими бессознательными конфликтами. Прогноз более оптимистичен при вторичных проявлениях полной аноргазмии. В этих случаях симптом, как правило, является выражением текущих состояний пациента или специфических проблем внутри пары, которые могут быть разрешены.

Интрапсихические факторы

Как уже отмечалось, лежащая на поверхности тревога, связанная с «качеством» выполнения сексуальных действий, часто играет заметную роль в сексуальных нарушениях. И это реальный факт. Однако внутренние психогенные факторы также в немалой степени

способствуют проявлению и развитию сексуальных расстройств.

В психоаналитической литературе достаточно хорошо описано воздействие двух основных бессознательных конфликтов: неосознанного страха физической травмы от сексуальной активности и неосознанной враждебности к противоположному полу. Эти факторы крайне значимы при появлении того или иного сексуального расстройства. Если установлено воздействие именно этих факторов, то это воздействие необходимо хотя бы снизить, если не удается устранить его полностью.

Два других распространенных патогенных фактора — это страх и чувство вины, возникающие в связи с сексуальным удовольствием и страх близости и любовных отношений. Двум этим проявлениям бессознательных конфликтов, как правило, в соответствующей литературе не отводится столь значимая этиологическая роль, как двум другим только что приведенным факторам.

Многие люди движимы в своем сексуальном поведении саморазрушительным, по всей видимости, культурно навязанным, неосознанным стереотипом, согласно которому успех и удовольствие стойко ассоциируются с опасностью и запретами. Бессознательный конфликт действует на таких людей постоянно. На сознательном уровне они стремятся к удовольствию. Они добиваются признания, материального благополучия, красоты в любви и удовольствий от секса. Но так получается, что достижение этих конструктивных человеческих целей постоянно сопряжено у них с ощущением тревоги и/или вины. Силы невротических конфликтов толкают их к разрушению собственных усилий.

Такое саморазрушительное подавление удовольствия нередко составляет труднопреодолимую преграду на пути успешного применения терапии. Тревогу и чувство вины необходимо предельно ослабить, если не удается избавить от них вовсе. Только затем можно приступить к активному курсу лечения. Очевидно, что действенное разрешение данных конфликтов составляет конечную цель секс-терапии. Но если эта цель достигнута, то преимущества, которые получает человек от секс-терапии, выходят далеко за пределы одной только сексуальной сферы. К сожалению, разрешить конфликты, связанные с запретом на удовольствие, удается далеко не всегда, особенно если учесть непродолжительность курса секс-терапии.

Случается, что после того, как в ходе секс-терапии пациента оставят «один на один» со своими запретами на удовольствие, иными словами, ему(ей) «предписана конфронтация» со своими негативными запретами, впоследствии появляется необходимость в сеансах психоанализа. Как ни парадоксально, но в случае невозможного кардинального разрешения конфликта действенным может оказаться способ его обхода «стороной», когда пациент убеждается в том, что его нормальное сексуальное функционирование вовсе не означает обязательную радость и удовольствие. В этом случае ему представляется возможность «страдать» от иных источников удовольствия, если у него имеется в том потребность. Очевидно, что с точки зрения человеческих ценностей такой результат более чем оправдан.

Терапевту также приходится иметь дело со «злокачественным» и разрушительным страхом перед любовью, близостью и доверительными отношениями со стороны пациента. Многие люди рано познали разочарование в жизни и рано испытали физическое насилие. Еще до того, как они становятся способными опираться на свои собственные силы, чтобы противостоять превратностям судьбы, им приходится зависеть от родителей и ближайших родственников. Такая зависимость крайне удручающа, а если родители настроены враждебно, деструктивно или амбивалентны, иными словами, если наблюдается вторжение

в интимные сферы человека в раннем возрасте, то неизбежно развиваются механизмы защиты. Защитные процессы нередко выражаются в отчуждении и отстранении: ребенку приходится защищать себя от боли, замыкаясь в самом себе, что приводит к ранней эмоциональной закрытости. Попросить такого замкнутого в себе пациента ласкать другого человека, быть чутким, нежным (все это обязательно присутствует в секс-терапии) — это все равно, что просить охотника в джунглях расстаться со своим ножом. Восстановление способности любить, ласкать другого человека и доверять ему — это сложный терапевтический процесс, требующий усилий и времени. Во время успешного сексотерапевтического лечения полного восстановления добиться удается далеко не всегда, но важно уже само начало восстановления: когда процесс пошел преграды все равно будут естественно, без излишнего нажима сломлены.

Взаимоотношения супругов

Является ли привязанность одного человека к другому характерной и отличительной чертой всех человеческих существ? Какова связь между привязанностью и сексом? На эти фундаментальные вопросы мы пока не имеем ответов, а ответы в данном случае, возможно, могли бы дать новое понимание человеческой сексуальности. Очевидно, что имеется прямая зависимость между «качеством» семейных, супружеских взаимоотношений и характером сексуальных проявлений. «Качество» супружеских связей является отличным прогностическим фактором, предсказывающим успех или неуспех секс-терапии.

Многие представители животного мира устанавливают одну-единственную брачную связь и имеют половые отношения только с одним партнером. У других одиночная связь устанавливается только на брачный период или на период размножения. Однако постоянство связей не характерно для животного мира: наши ближайшие родственники, приматы, вообще не склонны поддерживать постоянные парные отношения.

39. Поцелуй

По всей видимости, и об этом говорят клинические данные, человек — существо «привязывающееся»: ему свойственно заключать узы брака и привязываться к одному партнеру, не ясно, правда, на всю жизнь или только на период «заигрывания». Влюбленность, которую можно рассматривать как человеческий аналог привязанности в животном мире, характеризуется вполне предсказуемыми моделями поведения и (начиная с юношеского возраста) сопровождается выделением специфических гормонов,

воздействующих на кору головного мозга. Большинство людей чувствует себя лучше и увереннней, когда они влюбляются. Секс с любимым человеком приносит им несоизмеримо больше радости, чем половая активность с незнакомым партнером. Некоторым людям, однако, не свойственно влюбляться, либо их любовные и сексуальные проявления носят искаженный характер. Так, многие мужчины и женщины лучше проявляют себя в сексуальном плане при контактах с партнерами, с которыми у них нет устойчивых эмоциональных или иных отношений, либо в случае, когда они часто меняют партнеров по сексу. Многие авторитеты в области человеческих взаимоотношений утверждают, что случайные связи есть патологическое подавление нормального человеческого желания иметь любовные отношения с другим человеком. Однако определенно установленные данные по этому вопросу отсутствуют.

Какой бы, в конечном счете, ни была биологическая программа поведения человека, она все равно является одним из компонентов его сексуального и брачного поведения. Определяющими для характера любовных и сексуальных отношений в любом случае будут знания, ощущения, опыт, приобретенные в ходе развития человека.

Учитывая недостатки наших знаний в данном вопросе, можно сослаться на клинический опыт, который говорит о том, что здоровый, свободный от чувства вины человек, не зависит в своем сексуальном «функционировании» от того, влюблен он или нет. Человек способен вести активную и нормальную половую жизнь, получать эротическое наслаждение даже при отсутствии сильных романтических чувств, если только связь с другим человеком не деструктивна, а сексуальный объект не вызывает отвращения. Но только любовь делает секс бесконечно радостным, человечным, приносящим истинное удовольствие. Любовь — это единственный настоящий способ усиления эротических переживаний.

Если любви нет, то враждебность, отчуждение, недоверие к партнеру становятся особо разрушительными для сексуальной сферы человека. При наличии глубоко враждебных взаимоотношений между супругами, которые обратились за помощью к секс-терапевту, прогноз секс-терапии становится крайне осторожным. Сексотерапевтическое лечение становится иррациональным, если между супругами не установлены достаточно разумные и доброжелательные отношения. Трудно и нецелесообразно навязывать супругам сексотерапевтические предписания, если сама мысль о том, что одному из них предстоит ласкать другого, вызывает у него (нее) гнев и страх. Такое эмоциональное реагирование наверняка сделает невозможной любую попытку совместного заинтересованного общения в ходе терапии. В случае неосознанных проявлений гнева и страха противодействие пациентов носит неявный характер: между ними и терапевтом может быть установлен внешний контакт, но,скорее всего, предвзято настроенный партнер будет скрыто саботировать лечение.

Супруги могут не любить друг друга, но здесь можно добиться нормального сексуального самочувствия, особенно если между ними существует определенный эмоциональный контакт, они остаются относительно чужими друг другу, хотя глубокой вражды между ними нет. В этом случае в секс-терапии используются суррогатные партнеры. Хотя и можно добиться успешных сексуальных действий между двумя незнакомыми другу другу людьми (между супругом(ой) и оплачиваемым суррогатным партнером или между самими супругами, которые, по сути, ведут себя как незнакомцы), но такое достижение вряд ли можно признать эмоционально удовлетворительным как для пациентов, так и для большинства тера-пев-тов.

Самый лучший прогноз обеспечен, когда существуют настоящие любовные узы между супругами. Когда есть любовь и потребность друг в друге, добиться можно всего. Даже самое стойкое нарушение поддается лечению, когда между супругами существует прочная любовная связь.

Секс-терапия не может зародить у людей любовь. Но процесс лечения нередко снимает преграды на пути ее переживания и проявления. А если такие преграды на самом деле существуют, то их устранение становится самым главным делом секс-терапевта.

FB2 document info

Document ID: fbd-knjqg1h2-wvbh-hxo1-k7rk-3b7is4qpsi98
Document version: 1.11
Document creation date: 02.02.2007
Created using: Fiction Book Designer, Fiction Book Investigator software

Document authors :

- Zekapp

Document history:

v 1.1 — дополнительное форматирование — (Faiber)

About

This book was generated by Lord KiRon's FB2EPUB converter version 1.0.28.0.

Эта книга создана при помощи конвертера FB2EPUB версии 1.0.28.0 написанного Lord KiRon